



REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE



**DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE
E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
NAS ELEIÇÕES DE 2018**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017-2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017-2019)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente: Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Diretor Administrativo: José Carvalho de Noronha
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos: Alane Andreino Ribeiro
Ana Maria Costa
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cristiane Lopes Simão Lemos
Stephan Sperling

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
José Ruben de Alcântara Bonfim
Luisa Regina Pessoa
Suplentes | *Substitutes*
Alcides Silva de Miranda
Maria Edna Bezerra Silva
Simone Domingues Garcia

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Agleildes Arichele Leal de Queirós
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Cornelis Johannes van Stralen
Grazielle Custódio David
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
João Henrique Araújo Virgens
Jullien Dábini Lacerda de Almeida
Lizaldo Andrade Maia
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS)

Leonardo Moura Vilela - Presidente (2018-2019)
Alberto Beltrame - Presidente (2019)
Jurandi Frutuoso - Secretário Executivo

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)
Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista *Divulgação em Saúde para Debate* é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

A revista *Divulgação em Saúde para Debate* é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Ana Maria Costa - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Fernando Passos Cupertino de Barros - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) - Brasília (DF), Brasil
Ana Tereza da Silva Pereira Camargo - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (RJ), Brasil

COMISSÃO EDITORIAL | PUBLISHING COMMISSION

Deise Santana de Jesus Barbosa - Sem vínculo institucional
Heleno Rodrigues Corrêa Filho - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (RJ) e Universidade de Brasília (UnB), Brasília (DF), Brasil
Jorge Simões - Universidade Nova de Lisboa (UNL), Lisboa, Portugal
José Agenor Álvares da Silva - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasília (DF), Brasil
Zulmira Hartz - Universidade Nova de Lisboa (UNL), Lisboa, Portugal

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stokiner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salette Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario - Argentina
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

EDITORA ADJUNTA | ASSISTANT EDITOR

Deise Santana de Jesus Barbosa

SECRETARIA EXECUTIVA DESTE NÚMERO | EXECUTIVE SECRETARY OF THIS EDITION

Cristina Santos

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Carina Munhoz de Lima
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe - HISA
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - LATINDEX
Sumários de Revistas Brasileiras - SUMÁRIOS



REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

NÚMERO 59 - ISSN 0103-4383 - RIO DE JANEIRO, JUNHO 2019



- 5 **APRESENTAÇÃO | PRESENTATION**
Ana Maria Costa, Fernando Passos Cupertino de Barros
- ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE**
- 12 **A saúde nos programas dos candidatos à presidência da república do Brasil em 2018: uma análise sobre a relevância das proposições para a melhoria da rede de serviços e da saúde da população**
Health in the programs of the candidates for the presidency of the Republic of Brazil in 2018: an analysis on the relevance of the proposals for the improvement of the service network and the health of the population
Mario Scheffer, Lígia Bahia, Ialê Falleiros Braga
- DOCUMENTO | DOCUMENT**
- 41 **Propostas do Conass aos candidatos à Presidência da República**
Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- 45 **Documento político e técnico para diálogo com os candidatos nas eleições em 2018**
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- 69 **Cebes mais uma vez: saúde é democracia. Democracia é saúde**
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- 71 **O SUS é de todo povo brasileiro! Saúde não é mercadoria! Saúde é democracia, democracia é saúde!**
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Associação Brasileira de Economia da Saúde, Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz, Associação Paulista de Saúde Pública, Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares, Instituto de Direito Sanitário Aplicado
- 73 **Abrasco divulga 10 pontos urgentes para os futuros governantes e parlamentares**
Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- 75 **Porque defendemos a democracia e lutamos pelo SUS**
Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- 76 **Carta aberta à população brasileira**
Associação Brasileira de Saúde Mental
- 78 **Carta aos presidentiáveis**
Conselho Federal de Nutricionistas
- 80 **Manifesto dos médicos em defesa da saúde do Brasil**
Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Federação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos, Associação Nacional dos Médicos Residentes
- 86 **Carta do CNS aos(as) candidatos(as) às eleições 2018**
Conselho Nacional de Saúde

	ARTIGO DE OPINIÃO OPINION ARTICLE	122	Desafios para o SUS: a crise do financiamento após a alteração da política de repasse federal <i>Challenges for the SUS: the financing crisis after the change of the federal pass-through policy</i> Carlos Eduardo de Oliveira Lula, Janikele Galvão Ferreira, Lidia Cunha Schramm
88	O Conass e a eleição presidencial no Brasil em 2018 <i>The National Council of Secretaries of Health (Conass) and the presidential election in Brazil in 2018</i> Leonardo Moura Vilela		
91	SUS: conquistas e desafios <i>Brazilian Unified Health System: achievements and challenges</i> Mauro Guimarães Junqueira		ENSAIO ESSAY
95	O necessário reposicionamento do SUS no Brasil do Século XXI <i>The necessary repositioning of the SUS in 21st Century Brazil</i> Marcus Pestana	129	O SUS, as eleições de 2018 e a democratização do Estado: alguns pingos nos is <i>The SUS, 2018 elections and the democratization of the State: dotting the i's and crossing the t's</i> Nelson Rodrigues dos Santos
100	30 anos pós-Constituição Cidadã/1988: qual política de saúde prevalece? <i>30 years after the 1988 Constitution: which health policy prevails?</i> Nelson Rodrigues dos Santos		PROPOSTAS DOS CANDIDATOS 2018 2018 CANDIDATES PROPOSALS
117	Entre avanços e retrocessos, qual a perspectiva de financiamento para o SUS nos próximos anos? <i>Between advances and setbacks, what is the prospect of financing for the SUS in the coming years?</i> Fernando Pigatto	133	Propostas para a área da saúde dos candidatos à Presidência 2018
		146	Propostas para a área da saúde dos candidatos eleitos aos Governos Estaduais 2018

Apresentação

A EDIÇÃO DESTE NÚMERO DA REVISTA ‘Divulgação em Saúde Para Debate’ do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), organizada sob o título ‘Direito universal à saúde e Sistema Único de Saúde nas eleições de 2018’, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), pretende documentar e analisar como o tema da saúde foi tratado nas últimas eleições de 2018 que elegeram o Presidente da República, governadores e os respectivos integrantes dos Legislativos. O número reúne um conjunto de documentos que expressam demandas e pensamentos de atores e entidades relacionadas com a saúde, compondo-se de manuscritos nas modalidades original, de opinião e ensaio, além de documentos procedentes de entidades representativas de gestores, entidades acadêmicas ou do controle social que se posicionam e demandam compromissos dos candidatos que participaram do pleito eleitoral de 2018, nas eleições estaduais e nacional.

Recolhendo as diferentes posições e propostas acerca do futuro da saúde como política universalista, o leitor terá a seu dispor os subsídios analíticos que conformam o atual cenário e o contexto no qual se insere o Sistema Único de Saúde (SUS), delineando os desafios e as tensões envolvidas. Após 30 anos da sua criação e ao longo de um valoroso processo construído para sua implementação, o SUS hoje está no centro do debate acerca do aprimoramento das políticas públicas universalistas. Para isso, debates e novos consensos, conduzidos democraticamente, são essenciais para reconhecer os avanços já obtidos e para identificar análises dos desafios a serem superados, assim como as perspectivas para sua continuidade e consolidação de forma sustentável nos próximos anos, particularmente após a sucessão eleitoral nos estados e no governo federal. Para fomentar esse debate, foram convidados autores com expertises distintas, sejam acadêmicas, sejam da prática de gestão, bem como atores políticos presentes no controle social do sistema de saúde para refletir sobre esse processo.

Esta edição agrega notas e documentos de propostas emitidas por conselhos e entidades de gestores, do setor acadêmico e de profissionais, incluindo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), todas elas com atuação na saúde pública brasileira, e que manifestaram aos candidatos suas demandas e propostas para a melhoria da saúde da população.

Abrindo a edição, temos o Artigo Original ‘A saúde nos programas dos candidatos à presidência da república do Brasil em 2018: uma análise sobre a relevância das proposições para a melhoria da rede de serviços e da saúde da população’. Trata-se de uma pesquisa que adota os programas de governo oficialmente registrados na campanha eleitoral de 2018 como material analítico, considerando-os como manifestos das intenções políticas e ideológicas dos candidatos à presidência, por meio dos quais foi possível apreender as suas intenções e proposições para a saúde.

Para potencializar o debate entre as eleições brasileiras e a implementação do SUS, são apresentados, na sequência, documentos que expressam o posicionamento político acerca dos rumos e prioridades setoriais, diante da análise do momento atual do SUS, divulgados por entidades representativas dos gestores, da comunidade científica, de categorias profissionais e do controle social, que buscaram influenciar as propostas construídas e expressas nos programas

de governo dos presidencialistas. Ao leitor, cabe identificar se tais proposições dialogam com as necessidades sentidas pelas entidades que atuam no setor saúde.

A seção Documentos apresenta as ‘Propostas do Conass aos candidatos à Presidência da República’, que contém uma agenda de medidas e estratégias estruturantes para viabilizar o fortalecimento e a sustentabilidade do SUS e da saúde de qualidade para a população brasileira. Em seguida, o ‘Documento político e técnico para diálogo com os candidatos nas eleições em 2018’, que expressa as proposições técnicas e políticas do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), enquanto representação da gestão municipal da saúde pública, para os candidatos ao cargo majoritário federal, bem como aos estaduais, nas eleições de 2018.

Seguindo na seção Documentos, entre os posicionamentos políticos produzidos pela comunidade científica do campo da saúde, temos a nota ‘Cebes mais uma vez: saúde é democracia. Democracia é saúde’, por meio da qual o Cebes reafirma seu lema fundador em alerta e contraposição ao processo de desmonte das políticas sociais, recessão econômica e reestratificação da sociedade brasileira, que vem se delineando no contexto político do País dos últimos tempos.

Em ‘O SUS é de todo povo brasileiro! Saúde não é mercadoria! Saúde é democracia, democracia é saúde!’, um coletivo que engloba as mais importantes entidades da área da saúde e da reforma sanitária, formado pelo Cebes, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz (Asfoc), Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares e Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa), é lançado um manifesto produzido no Congresso da Abrasco de 2018, contendo propostas para fortalecer o SUS enquanto papel do Estado e como política social universal e de qualidade.

A Abrasco assina, ainda, dois documentos. No primeiro, intitulado ‘Abrasco divulga 10 pontos urgentes para os futuros governantes e parlamentares’, a entidade reafirma aos candidatos à presidência, a 10 dias das eleições de 2018, os 10 pontos fundamentais de uma agenda de compromisso com a melhoria da saúde no Brasil. O segundo, ‘Porque defendemos a democracia e lutamos pelo SUS’, produzido após o primeiro turno do pleito eleitoral, faz uma avaliação do resultado e enuncia o posicionamento da Abrasco diante do segundo turno. Essas notas ressaltam o sentido de alerta da entidade na defesa do fortalecimento do SUS e do direito à saúde, ao tempo que conclamam a sociedade a resistir a posições distintas, muitas vezes ouvidas por ocasião que foram veiculadas da campanha eleitoral.

Ainda como registros da comunidade científica, temos uma ‘Carta aberta à população brasileira’, por meio da qual a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) convoca a sociedade brasileira, mas principalmente seus associados, a se posicionarem em defesa da democracia e da garantia dos direitos humanos no segundo turno das eleições presidenciais.

Entre os Documentos produzidos pelas categorias profissionais, apresentamos a ‘Carta aos presidencialistas’ do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), por meio da qual manifesta sua preocupação com a instituição de práticas que desrespeitam a diversidade alimentar do País, utilizando recursos nocivos ao ciclo produtivo sustentável e que afetam a segurança alimentar e nutricional da população. Outrossim, o ‘Manifesto dos médicos em defesa da saúde do Brasil’, produzido pelas seguintes entidades representativas dos profissionais médicos: Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Médica Brasileira (FMB), Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) e que apresenta aos candidatos às eleições de 2018 propostas para melhorar a assistência à saúde dos brasileiros.

Finalizando a seção Documentos, a ‘Carta do Conselho Nacional de Saúde aos(às)

candidatos(as) às eleições 2018’, que se propõe a mobilizar as forças políticas e sociais comprometidas com a consolidação da democracia e com os avanços da política de saúde, exigindo o compromisso com o SUS por parte dos candidatos à presidência e ao Congresso Nacional, assim como aos governos e assembleias legislativas dos estados.

Para a seção Artigos de Opinião, foram convidados atores com ampla diversidade ideológica e partidária na intenção de subsidiar os debates futuros. Os artigos mostram o ponto de vista de atores sociais com atuação relevante no campo da gestão, do controle social, do legislativo e de integrantes da reforma sanitária. Foram sugeridos aos autores a apresentação de suas reflexões sobre os principais desafios do para o SUS, após 30 anos da sua criação, e, ao mesmo tempo, o delineamento das perspectivas que eles vislumbram para a política de saúde, no exercício do próximo mandato eletivo.

Dessa arte, abre o grupo o artigo ‘O Conass e a eleição presidencial no Brasil em 2018’, que descreve uma agenda de propostas estruturantes para o fortalecimento e para a sustentabilidade do SUS, apresentada pelo Conass aos candidatos à Presidência da República em 2018. O texto mostra elementos importantes para contribuir para o debate sobre a melhoria da qualidade dos serviços de saúde fornecidos à população brasileira.

O artigo ‘SUS: conquistas e desafios’ discorre sobre as conquistas e desafios para a democratização da saúde que se estendem até os dias de hoje. O autor ressalta que o contexto atual requer da sociedade, em especial dos conselhos de saúde e dos gestores do SUS, que acreditemos nos princípios e diretrizes do sistema e que seja reforçado o compromisso de viabilizar o financiamento adequado e suficiente do sistema de saúde.

Com o objetivo de propor questões que estimulem a reflexão sobre o reposicionamento necessário da política de saúde, considerando o SUS como um sistema social em permanente construção, apresentamos o artigo ‘O necessário reposicionamento do SUS no Brasil do Século XXI’. O texto descreve os tropeços e obstáculos, gargalos e vazios assistenciais, assim como os avanços observados nesse período, ressaltando os retrocessos registrados nos últimos anos diante da recessão econômica e do agravamento sem precedentes da crise fiscal.

Em outra abordagem sobre o desenvolvimento da política de saúde, desde a criação do SUS, o artigo ‘30 anos pós-Constituição Cidadã/1988: qual política de saúde prevalece?’ se pauta nos conflitos e disputas em torno dos modelos de atenção à saúde produzidos no Brasil para propor uma mobilização das militâncias pela democratização do Estado e do SUS, inspirando-se no Movimento da Reforma Sanitária.

Para aprofundar o debate sobre o financiamento sustentável do SUS, temos dois pontos de vista que trazem argumentos importantes para reflexão e embasamento sobre o tema. No artigo ‘Entre avanços e retrocessos, qual a perspectiva de financiamento para o SUS nos próximos anos?’, o autor revela a predominância de narrativas dos interesses do capital, em detrimento dos direitos humanos e sociais, tomando como argumento uma necessidade soberana de austeridade fiscal. O outro artigo, ‘Desafios para o SUS: a crise do financiamento após a alteração da política de repasse federal’, analisa os impactos do congelamento dos gastos públicos com saúde por 20 anos sobre a implementação de uma política de saúde universal, integral e igualitária, que contemple as necessidades da população brasileira.

O ensaio ‘O SUS, as eleições de 2018 e a democratização do Estado: alguns pingos nos ís’ conchama os militantes da saúde pública universal e gratuita a se apropriarem dos desafios impostos após 30 anos de criação do SUS e a retomarem o debate e a mobilização em sua defesa no período eleitoral; e que essa mobilização seja permanente e forte para consolidar o que propõe nossa Constituição Federal.

Para finalizar esta edição, a revista apresenta as sínteses das propostas dos candidatos

disponíveis no site do Tribunal Superior Eleitoral (TSE): ‘Propostas para a área da saúde dos candidatos à Presidência 2018’ e ‘Propostas para a área da saúde dos candidatos eleitos aos Governos Estaduais 2018’. Desse modo, com a divulgação desse conteúdo, o Cebes e o Conass esperam fortalecer o debate e a transparência, o acompanhamento, a fiscalização das ações dos mandatários nos cargos executivos do governo federal e estaduais em relação às políticas de saúde no Brasil.

É importante deixar registrado o agradecimento às instituições e aos profissionais que contribuíram para esta publicação, consentindo com a replicação de seus documentos. Ressalte deve ser dado à vitalidade e à força desse coletivo de atores sociais, mostrando que está atento e mobilizado em defesa do direito à saúde no Brasil.

Ana Maria Costa

Diretora executiva do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)

Fernando Passos Cupertino de Barros

Assessor técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

Presentation

THE EDITION OF THIS ISSUE OF THE JOURNAL ‘Divulgação em Saúde Para Debate’, from the Brazilian Center for Health Studies (Cebes), organized under the title ‘Universal Right to Health and the Unified Health System in the 2018 elections’, in partnership with the National Council of Health Secretaries (Conass), intends to document and analyze how the health issue was treated in the last elections of 2018 which elected the President of the Republic, governors, and the respective members of the Legislative. The issue includes a set of documents that express the demands and thoughts of actors and entities related to health, composed of manuscripts in the modalities: original, opinion, and essay, as well as documents from representative entities of managers, academic, or social control entities who stood for and demanded commitments from the candidates who participated in the 2018 state and national elections.

By collecting the different positions and proposals on the future of health as a universalist policy, the reader will have at his disposal the analytical subsidies that shape the current scenario and context in which the Unified Health System (SUS) is inserted, outlining the challenges and tensions involved. After 30 years of its creation and throughout a valuable process constructed for its implementation, the SUS today is at the center of the debate about the improvement of universalist public policies. To this end, democratically conducted debates and new consensus are essential to recognize the progress already made and to identify analyzes of the challenges to be overcome, as well as the prospects for its continuity and consolidation in a sustainable way in the coming years, particularly after the electoral succession states and the federal government. To promote that debate, authors with different experiences, whether academic or in management practice, as well as political actors present in the social control of the health system were invited to reflect on this process.

This edition adds notes and proposal documents issued by councils and entities of managers, academics, and health professionals, including the National Health Council (CNS), all of them active in Brazilian public health, and who have expressed to the candidates their demands and proposals for improving the health of the population.

Opening the edition, we have the Original Article ‘Health in the programs of the candidates for the presidency of the Republic of Brazil in 2018: an analysis on the relevance of the proposals for the improvement of the service network and the health of the population’. It is a research that adopts the government programs officially registered in the 2018 election campaign as analytical material, considering them as manifestos of the political and ideological intentions of the presidential candidates, through which it was possible to apprehend their intentions and proposals to health.

In order to strengthen the debate between the Brazilian elections and the implementation of the SUS, documents that express the political position on sectorial directions and priorities are presented next, in view of the analysis of the current moment of the SUS, released by representative entities of managers, the scientific community, professional and social control, which sought to influence the proposals built and expressed in the presidential candidates’ programs of government. It is up to the reader to identify if such propositions dialogue with the needs felt by the entities that work in the health sector.

The 'Documents' section presents the 'Proposals of the Conass to the candidates for the Presidency of the Republic', which contain an agenda of structuring measures and strategies to enable the strengthening and sustainability of SUS and the health quality for the Brazilian population. Next, the 'Proposals of the Conass to the candidates for the Presidency of the Republic', which expresses the technical and political proposals of the National Council of Municipal Health Secretariats (Conasems), as a representative of the municipal public health management, for the candidates for the federal and state majority positions in the 2018 elections.

Following in the 'Documents' section, among the political positions produced by the scientific community in the field of health, we have the note 'Cebes once again: health is democracy. Democracy is health', through which the Cebes reaffirms its founding motto in a warning and opposing the process of dismantling of social policies, economic recession, and re-stratification of the Brazilian society, which has been outlined in the country's political context of recent times.

In 'The SUS belongs to all Brazilian people! Health is not merchandise! Health is democracy, democracy is health!', A collective that encompasses the most important entities in the field of health and health reform, formed by the Cebes, the Brazilian Association of Collective Health (Abrasco), the Brazilian Association of Health Economics (Abres), the Association of Workers of Fiocruz (Asfoc), the São Paulo Public Health Association (APSP), the National Network of Popular Physicians, and the Institute of Applied Health Law (Idisa), a manifesto produced at the 2014 Abrasco Congress is released, containing proposals to strengthen the SUS as the role of the State and as a universal and quality social policy.

The Abrasco also signs two documents. In the first one, named 'Abrasco announces 10 urgent points for future governors and parliamentarians', the organization reaffirms to the presidential candidates, 10 days before the 2018 elections, the 10 key points of a commitment agenda for improving health in Brazil. The second, called 'Because we defend democracy and fight for the SUS', produced after the first round of the election, makes an assessment of the result and states the position of the Abrasco in the second round. These notes highlight the agency's sense of alert for the strengthening of the SUS and the right to health, while calling on society to resist different positions, often heard on the occasion of the electoral campaign.

Still as records of the scientific community, we have an 'Open Letter to the Brazilian Population', through which the Brazilian Association of Mental Health (Abrasme) summons Brazilian society, but mainly its associates, to take position in the defense of democracy and guarantee human rights in the runoff of the presidential elections.

Among the Documents produced by the professional categories, we present the 'Letter to the Presidential Candidates' of the Federal Council of Nutritionists (CFN), through which it expresses its concern about the institution of practices that disrespect the country's food diversity, using resources harmful to the productive cycle which affect the food and nutritional security of the population. Likewise, the 'Manifesto of doctors in defense of health in Brazil', produced by the following representative bodies of medical professionals: the Federal Medical Council (CFM), the Brazilian Medical Association (AMB), the Brazilian Medical Federation (FMB), the National Federation of Physicians (Fenam), and the National Association of Resident Physicians (ANMR), which presents to the candidates for the 2018 elections proposals to improve the health care of Brazilians.

Closing the Documents section, the 'Letter from the National Health Council to the candidates for the 2018 elections', which aims to mobilize the political and social forces committed to the consolidation of democracy and the advances of health policy, requiring the commitment to the SUS by candidates for the presidency and the National Congress, as well as to the governments and legislative assemblies of the states.

For the Opinion Articles section, actors with broad ideological and party diversity were invited in order to subsidize future debates. The articles show the point of view of social actors with relevant action in the field of management, social control, the legislative, and members of the health reform. The authors were invited to present their reflections on the main challenges for the SUS, after 30 years of its creation, and at the same time the outline of the perspectives they envision for health policy in the next elective term.

From that art, the article 'The National Council of Secretariats of Health (Conass) and the presidential election in Brazil in 2018' opens the group, which describes an agenda of structural proposals for the strengthening and sustainability of 'the SUS, presented by the Conass to the candidates for the Presidency of the Republic in 2018. The text shows important elements to contribute to the debate on the improvement of the quality of health services provided to the Brazilian population.

The article 'Brazilian Unified Health System: achievements and challenges' discuss the achievements and challenges for the democratization of health which extend to the present day. The author points out that the current context requires society, especially health councils and SUS managers, to believe in the principles and guidelines of the system and to reinforce the commitment to enable adequate and sufficient financing of the health system.

With the objective of proposing questions that stimulate the reflection on the necessary repositioning of health policy, considering the SUS as a social system in permanent construction, we present the article 'The necessary repositioning of the SUS in 21st Century Brazil'. The text describes the stumbling and the obstacles, the assistance gaps, as well as the advances observed during this period, highlighting the setbacks recorded in recent years in the face of the economic recession and the unprecedented worsening of the fiscal crisis.

In another approach to the development of health policy, since the creation of the SUS, the article '30 years after the 1988 Constitution: which health policy prevails?' is based on the conflicts and disputes around health care models produced in Brazil to propose a mobilization of the militants for the democratization of the State and of the SUS, inspired by the Sanitary Reform Movement.

In order to deepen the debate about the sustainable financing of the SUS, we have two points of view that bring important arguments for reflection and grounding on the theme. In the article 'Between advances and setbacks, what is the prospect of financing for the SUS in the coming years?', The author reveals the predominance of narratives of the interests of capital, to the detriment of human and social rights, taking as an argument a sovereign necessity fiscal austerity. The other article, 'Challenges for the SUS: the financing crisis after the change of the federal pass-through policy', analyzes the impacts of the freezing of public spending on health for 20 years on the implementation of a universal, comprehensive, and egalitarian health policy, that contemplates the needs of the Brazilian population.

The essay 'The SUS, 2018 elections and the democratization of the State: dotting the i's and crossing the t's' calls on universal and free public health activists to appropriate the challenges imposed after the 30 years of creation of the SUS and to resume the debate and mobilization in its defense during the electoral period; and that such mobilization be permanent and strong enough to consolidate what our Federal Constitution proposes.

To conclude this edition, the journal presents the summaries of the candidates' proposals available on the website of the Supreme Electoral Court (TSE): 'Health Field Proposals for the 2018 Presidential Candidates' and 'Health Field Proposals for the Candidates Elected to State Governments in 2018'. Thus, with the dissemination of this content, the Cebes and the Conass hope to strengthen the debate and transparency, the monitoring and oversight of the actions

of representatives in the executive positions of the federal and state governments in relation to health policies in Brazil.

It is important to register the acknowledgment to the institutions and professionals who contributed to this publication, agreeing to the replication of their documents. Highlight must be given to the vitality and strength of this collective of social actors, showing that it is attentive and mobilized in the defense of the right to health in Brazil.

Ana Maria Costa

Executive Director of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes)

Fernando Passos Cupertino de Barros

Technical Advisor of the National Council of Health Secretaries (Conass)

A saúde nos programas dos candidatos à presidência da república do Brasil em 2018: uma análise sobre a relevância das proposições para a melhoria da rede de serviços e da saúde da população*

Health in the programs of the candidates for the presidency of the Republic of Brazil in 2018: an analysis on the relevance of the proposals for the improvement of the service network and the health of the population

Mario Scheffer¹, Ligia Bahia², Ialê Falleiros Braga³

*Artigo publicado em:

Scheffer M, Bahia L, Braga IF. A saúde nos programas dos candidatos à presidência da república do Brasil em 2018: uma análise sobre a relevância das proposições para a melhoria da rede de serviços e da saúde da população [internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 14]. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/09/Saude_Eleicoes_06set.pdf.

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil. mscheffer@usp.br

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ligiabahia55@gmail.com

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ial@fiocruz.br

RESUMO O estudo analisou os conteúdos de saúde dos programas registrados no Tribunal Superior Eleitoral (TSE) pelos 13 candidatos que disputaram a Presidência da República do Brasil nas eleições de 2018. Os principais pontos de convergência entre as plataformas eleitorais foram aumento de recursos para a saúde, expansão da rede de atenção básica, uso de prontuário eletrônico e agendas de minorias e movimentos identitários. Foram expostas divergências sobre suficiência e fontes de recursos, papel dos serviços privados e filantrópicos, gestão terceirizada de estabelecimentos públicos e continuidade do Programa Mais Médicos. Os programas não mencionaram a qualidade dos serviços de saúde, as prioridades identificadas pela epidemiologia, como o alcoolismo, as desigualdades regionais dos indicadores de saúde, a situação dos hospitais federais e universitários e a saúde indígena, entre outras omissões. Embora a saúde tenha ficado em segundo plano nas eleições de 2018, marcadas pela recessão econômica e pela polarização política, os programas devem ser tomados como *proxies* das intenções dos candidatos, partidos e coligações. Conclui-se que os esforços de investigação sobre eleições e sistemas de saúde contribuem para o aprofundamento do conhecimento e direcionalidade das políticas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Sistemas de saúde. Brasil.

ABSTRACT *The study analyzed the healthcare contents of the programs registered in the Electoral Supreme Court (TSE) by the 13 candidates running for the Presidency of Brazil in the 2018 elections. The main points of convergence among the electoral platforms were increasing resources for healthcare, expanding the primary care network, using electronic forms, and the agendas of minorities and identitarian movements. Divergences about sufficiency and resource origins, the role of both private and philanthropic services, third-party management of public facilities and the continuity of the More Doctors Program were made explicit. The electoral programs did not mention the quality of health services, the priorities identified by epidemiological assessments, such*



as alcoholism, the regional inequalities of healthcare indicators, the situation of both federal and university hospitals, and the healthcare of indigenous peoples, among other omissions. Even though healthcare stayed off-sided in the 2018 elections, affected by the economic recession and by political polarization, the electoral programs must be taken as proxies of candidates', parties' and party alliances' intentions. One can conclude that the research efforts on elections and healthcare systems contribute to deepening the knowledge on the directionality of healthcare policies.

KEYWORDS *Health policy. Health systems. Electoral campaigns. Brazil.*

Introdução

Políticas de saúde no Brasil originam-se de diferentes fontes, incluindo instituições executoras, como Ministérios, secretarias e agências reguladoras, órgãos internacionais, centros de ensino e pesquisa, partidos e coalizões políticas. Embora não se possa afirmar a primazia dos programas políticos sobre os demais núcleos de formulação, é possível identificar proposições que, inspiradas ou não em fontes acadêmicas ou internacionais, são apresentadas durante os debates eleitorais e, posteriormente, implementadas. Portanto, examinar os documentos eleitorais permite apreender, ainda que parcialmente, posicionamentos convergentes, divergências e prenunciar consequências para o sistema de saúde.

Essa abordagem vem sendo adotada em diferentes países; e, atualmente, os referenciais para a análise de programas eleitorais pressupõem que a democracia representativa prevê ênfase nos partidos políticos como estruturadores das campanhas, das escolhas dos eleitores, da construção de coligações visando à governabilidade e das políticas governamentais¹.

Assim, em períodos eleitorais, os partidos e seus candidatos elaboram programas (também denominados manifestos ou plataformas), que são documentos com a função de expor posições e estabelecer prioridades políticas

a serem efetivadas por aqueles vencedores das eleições. Programas eleitorais são considerados indicadores válidos de posições dos partidos políticos em relação a temas de políticas públicas, em lugar e tempo determinados². Estima-se que um documento escrito contendo propostas programáticas, mais ou menos exaustivo, permite aos partidos que apresentem, detalhadamente ou em linhas gerais, ideias que possam responder a questões reais enfrentadas ou percebidas pelos eleitores em seu cotidiano³.

Espera-se, assim, algum tipo de compromisso dos partidos com base nos programas, pois, na eleição subsequente, os eleitores não só julgarão os candidatos de acordo com suas propostas para o próximo mandato, mas também poderão avaliar os governos retrospectivamente, focando no desempenho e no cumprimento das promessas⁴.

Na condição de documentos estratégicos elaborados por políticos, consultores e intelectuais que integram as elites partidárias, os programas podem ter objetivos distintos, como fornecer e validar um compêndio de posições e teses do partido discutidas ou não em convenções de delegados, destacar-se em relação a programas e propostas dos demais partidos e candidatos ou ser uma ferramenta de comunicação direta com os eleitores⁵.

O estudo dos programas e plataformas eleitorais tem limitações. Para começar, não

é claro o que esses documentos realmente significam, pois podem ser meras declarações abstratas das identidades e ideologias partidárias, publicidade pura e simples ou até mesmo ‘contratos’ sinceros entre partidos, candidatos e eleitores. Podem conter convicções verdadeiras, adaptar posições apenas para seduzir ou conquistar o eleitorado ou trazer previsões políticas e afirmações do que será implementado em eventual governo⁶. Os programas variam muito, inclusive no número de páginas e palavras: vão de grandes tratados eleitorais a slogans publicitários expandidos, mas geralmente buscam sintetizar o conjunto de prioridades e pontos de vista do candidato/partido/coligação sobre problemas sociais emergentes e diferentes assuntos da atualidade que possam receber a atenção do eleitor e se converter em voto³.

Outras lacunas referem-se à heterogeneidade, conforme o partido e a candidatura, do processo de elaboração e escrita de um programa e de definição do seu real papel e utilidade durante a campanha eleitoral. Há desde plataformas detalhadas até textos superficiais e descuidados, desde programas produzidos com consulta às bases e núcleos temáticos dos partidos até textos improvisados pela burocracia partidária.

Normalmente apresentados juntamente com o registro ou formalização das candidaturas, esses manifestos são espaços privilegiados para antecipar as realizações políticas do governo, se eleito, mas também para expor uma nova ideia, um posicionamento ou reposicionamento ideológico. Neles pode estar também a oportunidade de apresentar um novo conceito, proposta ou marca que serão trabalhadas posteriormente pelo *marketing* político em campanha, nos debates, no horário eleitoral e nas redes sociais.

Característica central da democracia representativa moderna, a competição partidária é uma das principais preocupações de pesquisadores da ciência política que se dedicaram a estudar as eleições⁷. Os programas partidários e plataformas eleitorais têm recebido especial

atenção enquanto objeto de análises, sendo o Comparative Manifesto Project⁸ (conhecido como Marpor) o mais amplo programa mundial de pesquisa, que disponibiliza banco de dados públicos, dedicado a estudar textos, conteúdos e impactos desses documentos. O Marpor não só gerou estudos que descreveram, classificaram e produziram evidências sobre as propostas e posições contidas nos programas eleitorais de diversos países, em perspectiva comprada, como promoveram frutífero debate sobre referenciais teóricos apropriados para essas análises.

Desde os anos 1980, a *Saliency theory*⁹, teoria da ‘saliência’ ou teoria dos pesos relativos, tornou-se um referencial para explicar a competição dos partidos a partir da formação da agenda em campanhas políticas. Alguns estudos concentram-se mais nos aspectos do lado da demanda, ou seja, dos eleitores, enquanto outros enfocam mais o lado da oferta, quer dizer, dos partidos ou candidatos¹.

Da análise dos manifestos e programas eleitorais, fonte para informações sobre as propostas políticas, constatou-se que os concorrentes quase nunca abordam ou rebatem, nesses documentos, as propostas de seus adversários. Além disso, os partidos ou candidatos não fornecem respostas para todos os problemas que afetam os eleitores, mas buscam se concentrar em questões que são vantajosas para si no processo eleitoral, que na sua visão possam seduzir o eleitorado já cativo ou angariar novos eleitores.

Segundo estudos baseados na *Saliency theory*, a ênfase seletiva, e não a confrontação direta, é tida como a mais comum e mais promissora estratégia de competição eleitoral. Um programa tem um número finito de páginas, e, por isso, os formuladores costumam determinar a ‘saliência’ ou o peso relativo deste e daquele tema no documento. Além de se ‘especializar’ em alguns grandes temas preferidos, que são repetidos a cada eleição, é comum programas se perderem na fragmentação ou na sintetização excessiva de temas sobre os quais partidos e candidatos não têm lastro, interesse ou familiaridade.

Em sistemas multipartidários, como o brasileiro, programas geralmente adotam posição semelhante sobre vários assuntos, e a diferença se dá em pontos escolhidos conforme a crença nas preferências e preocupações dos eleitores no momento. Já nos sistemas bipartidários, as partes costumam adotar posições diferentes em maior número de questões explicitadas nos programas eleitorais. No entanto, nos dois casos, os partidos entram em concorrência uns com os outros e assumem suas prioridades políticas enquanto se confrontam diretamente sobre determinados temas, por exemplo, a política econômica.

Ao analisar as eleições presidenciais no Brasil, Borges e Vidigal¹⁰ apontaram que, diferentemente de outros países, a ‘saliência’ de temas não tem sido influenciada pela polarização entre elites partidárias, pois aqui houve redução da distância ideológica entre os partidos e a polarização ficou limitada a subconjuntos de eleitores, como ‘petistas, tucanos e antipetistas independentes’. O comportamento do eleitor seria explicado mais pelas simpatias com candidatos e partidos, e menos pela consolidação e enraizamento do sistema partidário no eleitorado.

O peso das preferências partidárias na escolha por candidatos nas eleições brasileiras foi corroborado em estudo sobre as razões do voto para governadores em 2014¹¹, que não encontrou evidências de que os eleitores tomaram suas decisões com base nas propostas ou realizações de políticas públicas específicas. Da mesma forma, ao analisar a teoria do ‘voto econômico’, que aponta escolhas políticas e eleitorais atreladas a avaliações e interesses econômicos dos eleitores, Veiga e Ross¹² indicaram que, nas eleições para presidente do Brasil em 2014, essa relação não ocorreu, pois foram as preferências políticas que definiram o voto e impactaram na própria opinião que os eleitores tinham da economia.

Apoiado nessas referências e com base em categorias tradicionais para análise de políticas e sistemas de saúde o presente trabalho analisa a seguir as proposições para a saúde

contidas nos programas inscritos formalmente no Tribunal Superior Eleitoral (TSE) pelos partidos, coligações e candidatos à Presidência da República do Brasil em 2018.

Notas metodológicas

Considerando as linhas de demarcação de uma análise exploratória e preliminar, foram examinados os programas oficialmente registrados no TSE pelos 13 candidatos (*quadro 1*) que disputaram a Presidência da República nas eleições de 2018.

Depois que os candidatos são escolhidos nas Convenções partidárias, é obrigatório que os partidos ou as coligações realizem o registro das candidaturas perante a Justiça Eleitoral. No caso dos candidatos a Presidente e Vice-Presidente da República, o registro é no TSE.

A inscrição¹³ é realizada no Sistema de Registro de Candidaturas até o dia 15 de agosto do ano em que são realizadas as eleições. Dentre os diversos documentos que devem acompanhar o registro, sem os quais a candidatura não é homologada, estão as “propostas defendidas pelo candidato a Prefeito, a Governador de Estado e a Presidente da República”¹⁴.

O estudo considerou, portanto, apenas as propostas em formato PDF formalmente disponíveis conforme a legislação que define quais documentos são de apresentação obrigatória no momento do pedido de registro de candidatura.

Para acessar os programas/plataformas eleitorais, foi utilizado o DivulgaCandContas¹⁵ do TSE, que é o sistema on-line de Divulgação de Candidaturas e de Prestação de Contas Eleitorais, responsável pela divulgação das candidaturas e das prestações de contas dos candidatos e dos partidos políticos em todo o Brasil. O sistema é disponibilizado na internet sem necessidade de cadastro prévio ou autenticação de usuário. A primeira consulta e extração aos documentos foi realizada no dia 16 de agosto de 2018, procedimento refeito no

dia 23 de agosto para certificar que se tratava do programa definitivo registrado.

Optou-se por incluir na análise, sempre dispostos nos quadros em ordem alfabética conforme o ‘nome de urna’ registrado no TSE, todos os candidatos, e não apenas os mais bem posicionados nas pesquisas, tendo em

vista o grau de volatilidade e indefinições no momento da elaboração deste estudo. Além disso, o trabalho seguiu orientações dos referenciais utilizados que recomendam a comparação de todas as plataformas e programas que se apresentam em determinado pleito eleitoral.

Quadro 1. Candidatos a presidente do Brasil nas eleições de 2018

Nome na urna	Nome completo	Nº	Sigla	Partido/Coligação
Álvaro Dias	Álvaro Fernandes Dias	19	PODEMOS	Mudança de Verdade
Cabo Daciolo	Benevenuto Daciolo Fonseca dos Santos	51	PATRI	Patriota
Ciro Gomes	Ciro Ferreira Gomes	12	PDT	Brasil Soberano
Eymael	Ciro Ferreira Gomes	12	PDT	Brasil Soberano
Jose Maria Eymael	Jose Maria Eymael	27	DC	Democracia Cristã
Geraldo Alckmin	Geraldo José Rodrigues Alckmin Filho	45	PSDB	Para Unir o Brasil
Guilherme Boulos	Guilherme Castro Boulos	50	PSOL	Vamos Sem Medo de Mudar o Brasil
Henrique Meirelles	Henrique de Campos Meirelles	15	MDB	Essa é a Solução
Jair Bolsonaro	Jair Messias Bolsonaro	17	PSL	Brasil Acima de Tudo, Deus Acima de Todos
João Amoêdo	João Dionísio Filgueira Barreto Amoêdo	30	NOVO	Novo
João Goulart Filho	João Vicente Fontella Goulart	54	PPL	PPL
Lula*	Luiz Inácio Lula da Silva	13	PT	O Povo Feliz de Novo
Marina Silva	Maria Osmarina Marina da Silva Vaz de Lima	18	REDE	Unidos Para Transformar o Brasil
Vera	Vera Lucia Pereira da Silva Salgado	16	PSTU	PSTU

Fonte: TSE/2018.

* Nome do candidato de acordo com o documento registrado no TSE.

Para mapear, sistematizar e assinalar pontos comuns e singulares das propostas de saúde nos diversos programas e plataformas, assim como para indicar lacunas, temas ou questões de saúde não abordadas, as proposições (propostas e intenções) foram agregadas segundo as seguintes categorias: disponibilidade; acessibilidade; aceitabilidade e qualidade. Considerou-se que ‘disponibilidade’ se refere à existência de atividades e recursos em volume suficiente relacionadas com o controle/redução de riscos

à saúde, estabelecimentos de saúde, medicamentos e equipes profissionais. ‘Acessibilidade’ abrange a não discriminação e o acesso econômico e geográfico a ações de saúde e informações sobre saúde. ‘Aceitabilidade’ concerne a ações e serviços de saúde adequados a requerimentos de identidades raciais, de gênero, ciclo de vida e deficiências, pautados pelo respeito a padrões culturais de indivíduos, etnias, minorias e comunidades. ‘Qualidade’ envolve desde a provisão de profissionais bem formados e

capacitados, suprimentos e equipamentos que funcionem adequadamente até a prescrição criteriosa de medicamentos e monitoramento de seus efeitos.

A menção ao termo saúde e a temas correlatos foi localizada no conjunto de cada documento, e não só nos capítulos ou itens específicos sobre saúde. Dois pesquisadores realizaram de forma independente a leitura e a extração dos conteúdos, visando eliminar possível viés de interpretação sobre trechos que deviam ou não ser considerados.

Os textos selecionados compuseram um arquivo para cada programa estudado. A seguir, as proposições foram agrupadas por eixos temáticos e unidades de análise, com o propósito de identificar singularidades e reiterações.

Partiu-se do pressuposto de que inferências e ilações sobre as políticas de saúde defendidas pelos candidatos, elaboradas a partir dos documentos registrados no TSE, têm limitações, dentre elas: 1) Os documentos podem ser incompletos ou mesmo improvisados, pois teriam como objetivo atender apenas à exigência legal e burocrática; 2) Os programas podem ser modificados durante a campanha a título de complementação e aprofundamento, ou para o atendimento de críticas, compromissos e acordos com partidos coligados, movimentos sociais, entidades empresariais e grupos de interesse; 3) Novos documentos (como a carta do candidato à nação) ou mesmo os discursos não escritos podem trazer novos elementos para uma construção interativa das propostas e programas de governo; 4) As propostas poderão ser detalhadas por assessores técnicos em cadernos temáticos, ou mesmo refutadas e substituídas pelas regras e linguagem do *marketing* eleitoral, para adequá-las à disputa eleitoral e a supostas preferências do eleitorado.

As advertências sobre as restrições da análise, somadas às limitações descritas na literatura revisada, recomendam cautela em relação a comparações, omissões e modo de apresentação das proposições contidas nos

programas. Entretanto, restrições aos programas depositados no TSE não desautorizam o exame das propostas para a saúde, que podem e devem ser tomadas como *proxies* ou aproximações das intenções dos candidatos, partidos e coligações. Além disso, o primeiro documento oficial que explicita a plataforma do candidato deve ser considerado como ponto de partida de uma prática democrática, na qual os cidadãos eleitores têm o direito de conhecer as ideias dos candidatos desde a formalização da candidatura e do início da campanha.

Nos 13 programas analisados, independentemente dos diversos tamanhos e formatos, a saúde quase sempre consta como um item isolado ou destacado, mas em dois documentos (do Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB e do Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado – PSTU) o tema está incluído em formulações agregadas sobre direitos sociais. Ainda assim, existem proposições específicas para a saúde diluídas em todos os documentos analisados. Dada a heterogeneidade e a quantidade dessas propostas, buscou-se examiná-las sob dois enfoques.

O primeiro conjunto de informações procurou destacar as ideias centrais sobre saúde de cada programa, permitindo delinear um panorama sobre grandes convergências e divergências entre os postulantes ao cargo de presidente. Para tanto, buscou-se extrair dos programas o enunciado ou formulação propositiva mais genérica sobre saúde, as estratégias para sua efetivação e o diagnóstico de situação, justificativas ou argumentos que as fundamentam. Esse mapeamento inicial permitiu examinar aproximações e distanciamentos entre os candidatos, analisar a coerência ou conexão entre a origem dos problemas identificados pelos programas e as soluções apontadas, além de identificar proposições comuns baseadas em avaliações distintas sobre a realidade da saúde no Brasil.

A segunda abordagem de análise dos programas baseou-se na reprodução detalhada das proposições, agrupando-as em

categorias de organização de sistemas de saúde, que facilitaram identificar concorências e divergências entre os programas, mas também contradições e, sobretudo, ênfases e omissões.

A classificação das proposições foi realizada mediante aproximações (critérios não rigorosos) das proposições e intenções às categorias selecionadas. Até pela heterogeneidade dos temas e formulações, optou-se pelo máximo aproveitamento das proposições, nem sempre ajustáveis em uma classificação. Ambos os enfoques contribuíram para estabelecer comparações gerais, comparar dois ou mais programas e mapear as proposições mais relevantes, as ‘saliências’ ou ênfases seletivas.

Resultados

Principais proposições dos candidatos

A sistematização das principais proposições dos candidatos para a saúde (*quadro 2*) evidencia o registro, nos diversos programas, das preocupações com problemas de saúde, desigualdades, insatisfação da população com o atendimento e insuficiência de recursos.

O financiamento da saúde constou explicitamente em nove programas, porém, nem sempre foram declaradas as fontes e os valores que seriam obtidos para executar muitas das ideias apresentadas.

Quadro 2. Principais enunciados, estratégias para efetivação e argumentos sobre saúde nos programas dos candidatos a presidente do Brasil nas eleições de 2018

Candidatos (Partido)	Principal enunciado	Como será efetivado (como financiar?)	Como será efetivado (como organizar a rede assistencial?)	Diagnóstico/Argumentos
Álvaro Dias (Podemos)	Saúde com Pronto Atendimento	Não menciona	Fila zero nas emergências	A população deve contar com um sistema de saúde eficiente
Cabo Daciolo (Patriota)	Defender os princípios e diretrizes do SUS	Aumentar a participação da União nas despesas sanitárias totais; fim dos subsídios públicos para planos e seguros de saúde	Adotar políticas de promoção e prevenção; criar carreira de Estado para médicos	Hospitais são marcados pela hiperlotação, a prática é voltada para o atendimento das enfermidades após a sua manifestação, profissionais são mal remunerados, falta uma boa gestão e os recursos financeiros são mal aplicados
Ciro Gomes (PDT)	SUS como uma política de Estado, Universal, e que deve ser aprimorado	Revogação da Emenda Constitucional 95; redução das desonerações fiscais e tributárias	Ampliação da atenção primária e de policlínicas, reforço das emergências	São motivos de insatisfação da população as baixas qualidade e a resolutividade da atenção primária; os tempos longos de espera para consultas especializadas, exames e cirurgias eletivas
Eymael (DC)	Desenvolvimento e aplicação efetiva do ‘Sistema Único de Saúde Pública’	Não menciona	Dotar serviços dos recursos humanos, equipamentos e tecnologia necessários	É preciso assegurar a todos e de forma concreta o acesso à saúde. A saúde deve chegar antes que a doença, impedindo que ela se instale, promovendo assim ganho de qualidade de vida e economia de recursos públicos
Geraldo Alckmin (PSDB)	Comprometimento do governo para ampliar o acesso à saúde, melhorar a qualidade do atendimento e combater desperdícios	Não menciona	Ampliar o Programa Saúde da Família e incorporar a ele mais especialidades	Ninguém aguenta mais sustentar um Estado caro e ineficiente que cobra altos impostos e presta serviços públicos de baixa qualidade

Quadro 2. (cont.)

Guilherme Boulos (PSOL)	Que o Estado atue na melhoria das condições de vida da população, na garantia do direito à saúde e na consolidação do SUS enquanto um sistema de saúde público, universal e gratuito	Revogar a Emenda Constitucional 95; elevar o percentual da alíquota da saúde sobre a Receita Corrente Líquida; aumentar o financiamento federal na saúde de 1,7% para 3% do PIB; reverter a renúncia tributária com planos de saúde; fim da Desvinculação de Receitas da União (DRU)	Expansão da atenção básica para 100% da população; ampliação de leitos hospitalares públicos e acesso a medicamentos; Carreira Única do SUS	O povo brasileiro adoecce de maneira profundamente desigual. A classe social, o acesso ao trabalho, à moradia, à alimentação, à educação, aos serviços públicos e a direitos sociais são determinantes no seu processo de adoecimento
Henrique Meirelles (MDB)	Levar dignidade e respeito a todos que dependem do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a saúde preventiva	Ampliar a participação do Governo Federal no financiamento da saúde	Ampliar os serviços de atenção básica e coordenação das redes de atenção à saúde; recuperação financeira dos hospitais filantrópicos; incentivos e planos de carreira para recursos humanos	O sistema de saúde brasileiro dá prioridade ao tratamento da doença, e não do paciente. Esse modelo de saúde pública representa enorme custo para o Estado. É preciso trazer maior eficiência aos gastos do setor
Jair Bolsonaro (PSL)	Fazer muito mais com os atuais recursos	Não menciona	Credenciamento universal de médicos; Carreira de Médico de Estado	A saúde deveria ser muito melhor com o valor que o Brasil já gasta. O Brasil apresenta gastos compatíveis com a média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)
João Amoêdo (Novo)	Colocar o Brasil entre os países mais saudáveis da América Latina, com elevada longevidade e baixa mortalidade infantil	Não menciona	Aprimoramento da gestão da saúde pública; expansão e priorização dos programas de prevenção e 'clínicas de família'	O sistema brasileiro sofre pela combinação da tripla carga de doenças, com recursos limitados e uma população envelhecendo rapidamente. A qualidade do atendimento de saúde é uma queixa generalizada. O SUS tem hoje uma reputação muito ruim: a maioria dos pacientes e dos profissionais não confiam no sistema. Gasta-se muito, mas gasta-se mal
João Goulart Filho (PPL)	Reformar o SUS	Revogar a Emenda Constitucional 95 e eliminar a DRU; elevar o orçamento da saúde para 15% da receita corrente bruta da União	Reestruturar a atenção primária à saúde	Nenhum governo implantou o SUS Constitucional. A situação da saúde no Brasil se deteriora a cada dia. Combinação entre o subfinanciamento da saúde, a privatização da gestão por meio das OS e a debilidade dos mecanismos de fiscalização por parte da população
Lula (PT)	Defender o SUS e continuar a luta pela implantação total do SUS,	Revogar a Emenda Constitucional 95; aumentar o investimento público em saúde, de modo a atingir a meta de 6% em relação ao PIB; novas regras fiscais, reforma tributária, retorno do Fundo Social do Pré-Sal	Atenção básica resolutiva e organizadora do cuidado à saúde; Criar a Rede de Especialidades Multiprofissional (REM);	As reformas impostas e as ações de desmonte do SUS estão destruindo ou ameaçando gravemente políticas universalizantes e inclusivas que foram construídas nos últimos anos, como o Mais Médicos, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Samu, a Farmácia Popular, a Saúde da Família, o Programa Nacional de Imunizações, entre outros

Quadro 2. (cont.)

Marina Silva (Rede)	Um SUS universalista no direito. Recuperar a capacidade de atuação do SUS	Reverter a tendência de retração do orçamento federal para saúde	Ampliar a cobertura da atenção básica;	A saúde é uma grande preocupação dos brasileiros, com falta de médicos, longa espera para marcar consultas e exames e falta de leitos. Nos últimos 10 anos constata-se uma evidente estagnação e retrocesso no SUS
Vera (PSTU)	Saúde não pode ser mercador. É direito básico que todos devem ter acesso	Não menciona	Estatizar os hospitais privados	Falta assistência e tratamento médico integral para os trabalhadores e a população pobre

Fonte: Programas dos candidatos registrados no TSE/2018.

A maioria (sete candidatos) propôs aumento de recursos federais para a saúde, mas as respostas sobre como promover esse crescimento variaram entre as candidaturas. O aumento foi proposto em termos indefinidos por Ciro, por Daciolo, por Meirelles e por Marina, e em termos definidos por Boulos (*“aumentar o financiamento federal na saúde de 1,7% para 3% do PIB”*), por João Goulart Filho (*“dobrar o orçamento em quatro anos”*) e por Lula (*“6% do PIB para a saúde pública”*). Atualmente, 3,9% do PIB são destinados à saúde pública¹⁶. Meirelles e Daciolo não revelaram fonte nem valor. Marina pretendia *“reverter a tendência de retração de recursos federais”*, mas sem mencionar o montante da reposição ou do incremento de despesas.

Boulos, Ciro, João Goulart Filho e Lula postularam a revogação da Emenda Constitucional 95, do teto de gastos, visando descongelar os recursos públicos federais para a saúde. Boulos, Ciro e Daciolo consideraram rever, com intensidades e prazos distintos, os subsídios e desonerações fiscais envolvidos com a assistência. Boulos e João Goulart Filho propuseram o fim da Desvinculação de Recursos da União (DRU); e Lula, o retorno de recursos do pré-sal para a saúde.

Em sentido oposto a quem propôs aumento de recursos, os programas de Bolsonaro e de João Amoêdo consideraram que os gastos com saúde atualmente são excessivos. Bolsonaro fundamentou seu diagnóstico em dados mal

interpretados de um gráfico comparativo de países, desatualizado e sem legenda. O documento de João Amoêdo pareceu incoerente ao afirmar que *“gasta-se muito, mas gasta-se mal”* e, ao mesmo tempo, apontar que os recursos são limitados para responder à combinação da tripla carga de doenças com o perfil de uma população envelhecendo rapidamente.

Três programas foram omissos em relação ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Alckmin, Álvaro Dias e Eymael); enquanto para o de Vera, do PSTU, o tema era irrelevante, pois adotava uma diretriz de combate ao capitalismo.

Dois programas que acentuam a necessidade de gestão adequada dos recursos utilizaram o mesmo relatório do Banco Mundial¹⁷ para justificar maior eficiência dos gastos com saúde. Entretanto, a interpretação dos dados foi distinta. O documento de Meirelles ponderou que *“o Brasil poderia aumentar os resultados de saúde em 10% com o mesmo nível de gastos”* e o programa de Amoêdo considerou que o *“estudo aponta uma economia possível de 16%, com melhorias na eficiência do SUS”*.

Quanto às propostas sobre serviços de saúde (recursos humanos e físicos), observou-se, nos programas de Boulos, de Ciro, de Daciolo, de Henrique Meirelles, de João Goulart Filho, de Marina e de Lula, coerência entre defesa do aumento de financiamento e expansão da rede assistencial, da atenção básica e de programas de prevenção.

A leitura na íntegra dos documentos de Alckmin, de Álvaro Dias, de Eymael e de João Amoêdo, que não mencionam aumento de recursos, permitiu supor que as expansões de redes de serviços prometidas só poderão ser financiadas com recursos obtidos com melhor gestão e combate à corrupção.

O programa de Bolsonaro propôs, sem prever mudanças no orçamento para a saúde, o credenciamento universal de médicos, comprovadamente uma estratégia dispendiosa e já experimentada no Brasil nos anos 1970, com maus resultados similares aos internacionais.

Sete programas de candidaturas de distintos matizes ideológicos propuseram a mesma solução para a organização da rede de serviços: ampliação da atenção básica (unidades básicas e Estratégia Saúde da Família). As diferenças foram a magnitude, inclusão ou não de especialidades em unidades básicas e coordenação com outros estabelecimentos. Boulos propôs cobertura para 100% da população. Os demais documentos se referiram a “ampliação” (Alckmin e Ciro), “atenção básica resolutive” (Lula), “reestruturação” (João Goulart), “expansão e priorização” (Amoêdo), “ampliar a atenção básica e a coordenação das redes” (Meirelles).

A atenção especializada foi mencionada por Alckmin, que prometeu “incorporar mais especialidades ao Programa Saúde da Família”; e por Lula, que anunciou a criação da “Rede de Especialidades Multiprofissional (REM)”, integrada com a atenção básica.

Em uma das plataformas, a proposição sobre a prioridade para a organização da assistência recaiu sobre estabelecimentos de “pronto atendimento” e emergência (Álvaro Dias).

Cinco programas sugeriram a organização da assistência apoiada em carreiras de médicos e outros recursos humanos: “carreira de médico de Estado” (Bolsonaro), “carreira de Estado para os médicos” (Daciolo), “Carreira Única Interfederativa do SUS” (Boulos), “incentivos e planos de carreira” (Meirelles), e “carreiras abrangentes e flexíveis para atender as necessidades de toda população” (Lula).

O programa de Marina destacou-se pela

proposição de uma rede de serviços articulada (incluindo serviços públicos, filantrópicos e privados) e pela “*integração da saúde mental na atenção básica*”. Foi o único que subordinou as unidades básicas à concepção de sistema de saúde.

Visando à organização do sistema de saúde, Marina propôs “*dividir o País em cerca de 400 regiões de saúde com gestão compartilhada entre a União, Estados e Municípios*”; Lula propôs “*fortalecer a regionalização dos serviços de saúde*”, enquanto Ciro, Álvaro Dias e Amoêdo defenderam consórcios intermunicipais ou regionais. Nesse tema, nenhum programa mencionou o Decreto nº 7.508/2011¹⁸, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 e já prevê justamente a organização do SUS por meio de regiões de saúde, redes de atenção e articulações interfederativas.

Propostas para aprimorar a gestão foram apresentadas por Marina (“*representantes eleitos pela população terão mandatos para participar da gestão*”) e por Eymael (cargos de gestão serão ocupados exclusivamente por funcionários de carreira).

Proposições detalhadas, incluindo assistência hospitalar, realização de procedimentos cirúrgicos e acesso a medicamentos, estão sistematizadas mais adiante, no *quadro 4*. Optou-se por antecipar o registro sobre a proposta de Vera Lucia (PSTU) para hospitais no *quadro 2*, pois se trata da única solução apontada por essa plataforma para organização da rede assistencial.

Prevenção, promoção e processo saúde-doença

O *quadro 3* sintetiza noções inferidas pelos programas sobre as relações entre riscos, prevenção e problemas de saúde. Na maioria das plataformas, havia lacunas e apreensões distintas acerca da identificação de riscos, populações que devem ser protegidas e ações preventivas. Nenhum programa referiu-se à adoção de uma política nacional de promoção da saúde, que atuaria conjuntamente sobre os determinantes e condicionantes da saúde

envolvendo políticas intersetoriais, mas houve intenções, quase sempre genéricas, destinadas a melhorar as condições de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. Também não foi proposta por nenhum candidato uma política abrangente de prevenção, que requereria superações de contextos de vulnerabilidades individuais e sociais, além de ações articuladas e focadas nos hábitos e estilos de vida, nos ambientes coletivos e comunitários, dirigidas a riscos comportamentais e ambientais passíveis de mudanças. Seja nos programas específicos de saúde ou em outros itens das plataformas, foram avulsas e focalizadas as menções a variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e de adoecimento da população brasileira.

A prevenção, em vários programas, foi explicitamente vinculada e reduzida à redução de gastos com saúde. Segundo o programa de Eymael, *“o foco na prevenção, impedindo que a doença se instale, [representa] ganho de recursos públicos”*. O documento de campanha de Bolsonaro afirmou que *“prevenir é melhor e mais barato”*. Henrique Meirelles recorreu a uma concepção de prevenção como delimitadora do direito à saúde: *“temos obrigação de levar dignidade a todos que dependem do SUS, fortalecendo a saúde preventiva”*. João Amoêdo enfatizou a *“priorização dos programas de prevenção”*. Para Daciolo, *“é ineficiente o trabalho realizado por meio de políticas de prevenção às enfermidades”*. No programa de Ciro Gomes e de João Amoêdo, a ideia de prevenção estava explicitamente vinculada a estabelecimentos de saúde de atenção básica.

Já nas plataformas de Boulos, de Ciro, de Lula e de Marina, a prevenção (indiretamente referida à saúde) conectava-se com a coibição e redução de preconceitos, discriminações, violências e vulnerabilidades de populações específicas.

Dissociada dos riscos à saúde e da cura, em vários programas, a prevenção, geralmente atribuída às unidades básicas ou atenção primária, assumia diversas concepções: visava evitar a doença, reduzir custos e demandas

para estabelecimentos hospitalares, oferecer ações para segmentos populacionais de menor renda (neste caso a obrigatoriedade do Estado ficaria limitada a ações preventivas). A prevenção também foi apresentada como medida para políticas de segurança, controle de corrupção, uso de drogas e gravidez.

A prevenção relativa aos riscos à saúde próximos (estilos de vida) e distais (ambientais e macroeconômicos) apareceu diluída nas plataformas, quase sempre em outras áreas de intervenção, para além da saúde. Entre os programas que incluíam ações intersetoriais como integrantes da saúde, estão o de Lula, que propôs taxar sal, açúcares, gorduras e tabaco; e o de Marina, que previu:

[...] políticas voltadas à qualidade de vida para os idosos, prevenção de acidentes de trânsito e redução da violência, controle e diminuição dos níveis de poluição do ar, alimentação saudável, redução do uso de agrotóxicos e apoio à agroecologia.

O documento de Bolsonaro propôs pontualmente o *“exercício físico”*, e do de Lula mencionou *“prevenção de acidentes de trabalho”*.

O saneamento, alimentação e moradia foram mencionados mais frequentemente do que agrotóxicos, que constavam apenas nos programas de Boulos, de Lula e de Marina. Lapsos, como a exclusão de bebidas alcoólicas (uso excessivo como risco) e omissão da palavra aborto dos programas de candidaturas do espectro centro-esquerda (Ciro e Lula), sugeriram pouca atenção dos partidos/políticos aos principais determinantes e problemas de saúde do País.

Nota-se, ainda, que a declarada intenção de ressaltar determinados problemas de saúde (por exemplo, acidentes de trânsito, Acidente Vascular Cerebral – AVC e HIV/Aids) ou a proteção a um segmento populacional, mirando em eleitores potenciais (por exemplo, a saúde dos professores do ensino fundamental, no documento de Daciolo), não correspondem ao reconhecimento de riscos nem a propostas de controle ou eliminação desses mesmos riscos.

Quadro 3. Prevenção, promoção da saúde e processo saúde-doença nos programas candidatos a presidente do Brasil nas eleições de 2018

Candidatos (Partido)	Concepção sobre prevenção	Riscos (mencionados no programa de saúde e em outros itens)	Ações, situações e populações prioritárias (foco da prevenção)	Doenças e problemas de saúde mencionados (o que prevenir)
Álvaro Dias (Podemos)	Não menciona	Saneamento básico	Não menciona	Não menciona
Cabo Daciolo (Patriota)	Redução da pressão de demanda para Hospitais	Habitação, alimentação, moradia	Não menciona	AVC, transtornos mentais em professores (estresse, síndrome de <i>burnout</i> e mal-estar docente)
Ciro Gomes (PDT)	Estabelecimentos de atenção básica	Saneamento, habitação, alimentação, trabalho, poluição	Vacinação, campanhas preventivas, prevenção da gravidez (foco em ambos os sexos)	Arboviroses, 'violência letal', HIV/AIDS
Eymael (DC)	Redução de gastos	Saneamento, moradia	Não menciona	Não menciona
Geraldo Alckmin (PSDB)	Delimitação como direito à saúde	Moradia para idosos	Gravidez precoce, crimes	Não menciona
Guilherme Boulos (Psol)	Não menciona	Racismo, machismo, LGTBfobia, agronegócio extrativismo/saneamento, moradia, alimentação, trabalho, poluição, agrotóxicos, transgênicos	Doenças na população negra, violência contra as mulheres, câncer em mulheres, DST/Aids, violências, preconceitos, discriminações	Suicídios, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, HIV/Aids, uso de drogas, aborto, cânceres, tuberculose
Henrique Meirelles (MDB)	Redução de gastos para contrapor ao tratamento da doença (maiores custos). Delimitação como direito à saúde	Saneamento	Não menciona	Não menciona
Jair Bolsonaro (PSL)	Redução de gastos	Segurança alimentar	Gestantes, sedentários	Diabetes, hipertensão, sedentarismo, obesidade, AVC, infarto do miocárdio
João Amoêdo (Novo)	Estabelecimentos de atenção primária	Saneamento	Não menciona	Não menciona
João Goulart Filho (PPL)	Não menciona	Saneamento, moradia, trabalho, poluição	Não menciona	Aborto
Lula (PT)	Não menciona	Alimentação, tabaco, sal, gorduras, açúcares, agrotóxicos/saneamento, moradia, trabalho	Não menciona	Acidentes de trânsito arboviroses populações vulneráveis
Marina Silva (Rede)	Qualidade de vida	Não menciona	Não menciona	Gravidez na adolescência, acidentes de trânsito
Vera (PSTU)	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Não menciona

Fonte: Programas dos candidatos registrados no TSE/2018.

Disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade

O quadro 4 traz, para cada candidato, as intenções e proposições identificadas nos programas, direta e indiretamente relacionadas com políticas públicas de saúde, em categorias que permitem comparações de prioridades,

mas também identificação de concordâncias, discordâncias e matizes.

Proposições referentes a disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade foram muito mais frequentes do que as relativas à qualidade, sugerindo que o reconhecimento da insatisfação da população, reiterado por vários programas, não resultou em tentativas

de respostas para melhorias do atendimento em saúde. Assim, não foram mobilizadas alternativas para problemas gritantes descritos, desde insuficiência de profissionais e insumos,

filas de espera, altas taxas de infecção hospitalar até precariedade e falta de dignidade no atendimento a pacientes.

Quadro 4. Proposições sobre saúde nos programas dos candidatos a presidente da república do Brasil nas eleições de 2018, segundo categorias de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade

Disponibilidade	Acessibilidade	Aceitabilidade	Qualidade
Álvaro Dias (Podemos)			
Carreira de Médico Federal para municípios carentes do País	Prontuário eletrônico Fila zero nas emergências, Pronto Atendimento Medicamentos genéricos sem impostos até 2022 Consórcios Intermunicipais de Saúde	Não menciona	Não menciona
Cabo Daciolo (Patriota)			
Aumento da participação da União nas despesas sanitárias Atualização da tabela do SUS Fim aos subsídios públicos destinados aos planos e seguros privados de saúde Programas e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde Recuperação da rede de urgências e emergências Aumento de leitos de internação e Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI) Carreira de Estado para os médicos que atuam na rede pública Interiorização da medicina	Transparência e acesso às informações de caráter público do SUS Gestão altamente profissionalizada e eficiente	Respeito ao Ato Médico (Lei nº 12.842/2013)	Educação continuada gratuita para médicos e outros profissionais do SUS
Ciro Gomes (PDT)			
Redução inicial de 15% das desonerações tributárias Revogação da Emenda Constitucional 95 (Teto de Gastos) Aprimoramento da cobertura da atenção básica Ampliação de policlínicas Ampliação da oferta de atendimento à urgência e emergência Compra de serviços, procedimentos e exames especializados junto ao setor privado Correção dos valores da tabela de procedimentos Formação de médicos generalistas Fortalecimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde, estímulo à pesquisa, desenvolvimento e inovação em instituições nacionais	Garantia de acesso, com qualidade, em tempo oportuno Garantia de integralidade e equidade Criação de Central de regulação para a alocação de leitos e procedimentos Aprimoramento e sistematização do processo de entrega de remédios Integração entre a atenção básica, hospitalar e emergencial Melhoria do atendimento dos planos de saúde mediante: critérios de entrada e priorização no atendimento; protocolos clínicos; verticalização do atendimento; sistemas de histórico dos pacientes Aprimoramento do sistema de gestão e incorporação tecnológica	Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS Valorização dos Conselhos e Conferências de saúde Aproximação entre os gestores do SUS e os operadores do Direito Saúde das mulheres, negros, comunidades LGBTI e pessoas com deficiências	Acesso com qualidade Atenção básica de qualidade e resolutiva Disseminação de boas práticas e supervisão dos postos e hospitais com pior desempenho Premiação de hospitais e postos de saúde bem avaliados Carreira de gestor na área da Saúde

Quadro 4. (cont.)

Redução de barreiras para oferta de medicamentos (incluindo proteção de patentes)	Combate às arboviroses Reforço à vigilância sanitária Reforço a Estratégia Saúde da Família (ESF), programa de controle de HIV/Aids, programa de transplante de órgãos e o sistema nacional de imunização Recuperação da cobertura vacinal		
Eymael (DC)			
Recursos humanos, equipamentos e tecnologia, necessários Plano de carreira Plano Nacional de Apoio a Pesquisa	Acesso universal e real à saúde Programa de Saúde Pública com foco na prevenção Valorizar o idoso; inclusão dos deficientes Políticas públicas federal estaduais e municipais de combate às drogas e recuperação dos dependentes	Transparência no setor público federal e a responsabilidade de seus agentes	Modernização do serviço público federal e universalização de sua qualidade Atualização permanente de equipamentos operacionais Capacitação funcional continuada
Geraldo Alckmin (PSDB)			
Ampliar o Programa Saúde da Família e incorporar especialidades Credenciamento de ambulatórios e hospitais 'amigos do idoso'	Cadastro único e prontuário eletrônico Respeito às mulheres, idosos e minorias Prioridade à primeira infância (pré-natal até 6 anos)	Prevenção da gravidez precoce e apoio integral a gestação	Melhorar o atendimento para combater desperdício Avaliação e de mensuração da qualidade e da eficiência dos serviços públicos
Guilherme Boulos (Psol)			
Aumentar o financiamento federal na saúde de 1,7% para 3% do PIB Consulta sobre revogação da Emenda Constitucional nº 95 Reverter progressivamente a renúncia tributária com planos de saúde Expansão da rede pública na atenção primária para 100% da população e das redes secundária e terciária Expansão da provisão de medicamentos Carreira única interfederativa do SUS Melhora da remuneração, distribuição de profissionais de saúde e estabilidade de servidores públicos Ampliação dos leitos públicos Revisão das regras de contratação, convênio e remuneração de hospitais e isenções fiscais apenas a hospitais filantrópicos com atendimento 100% SUS Revisão da política de preços e do rol de produtos que podem ser ofertados nas farmácias Reduzir leitos psiquiátricos e expandir rede de atenção psicossocial e comunitária Limitar a oferta de planos de saúde com cobertura restrita, fim das franquias e copagamento	Redução das filas e tempos de espera Estabelecer um teto de espera para consultas e cirurgias conforme as necessidades de saúde Gestão pública Ampliação do acesso a consultas e procedimentos na atenção especializada Enfrentamento do uso irracional de medicamentos Planejamento estratégico de acordo com as necessidades da população e do SUS Integrar e subordinar a Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atividades regulatórias ao Ministério da Saúde	Protagonismo do trabalho comunitário, com uma equipe de saúde multiprofissional formada para trabalhar no SUS Redução de Danos como principal diretriz para o tratamento de usuários de drogas Os conselhos como instrumentos de politização e do engajamento coletivo, com função de gestão/decisão orçamentária e fiscalização no nível territorial (postos de saúde, escolas, creches) Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, estabelecida pela Portaria nº 992, de 2009 Direitos reprodutivos envolvendo garantia ao direito de a mulher decidir sobre o seu próprio corpo Parto humanizado, contra a imposição de cesarianas e fim da violência obstétrica Descriminalização e legalização do aborto Ações de assistência que previnam e tratem o câncer cervicouterino e de mama na população feminina cis e transmasculina	Fortalecimento da rede assistencial pública Qualificação permanente dos profissionais com vínculos públicos

Quadro 4. (cont.)

Ressarcimento dos planos de saúde e auditoria das dívidas com o SUS Impedir a participação de investidores financeiros e estrangeiros e propriedade cruzada na saúde Desenvolvimento da cadeia produtiva em torno do SUS e tecnologias aplicadas na estruturação das cadeias de distribuição		Atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero com/ nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) Tratamento profissional adequado e respeitoso às mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais Prevenção e enfrentamento do <i>bullying</i> e a violência LGBTI-fóbica; cultura de respeito e valorização da diversidade, por meio de educação permanente para os direitos humanos	
Henrique Meirelles (MDB)			
Aumentar os investimentos em promoção da saúde e qualidade de vida Planos de carreira Integração entre estabelecimentos públicos e privados Ampliação dos serviços de atenção básica Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Família Promover o saneamento e a recuperação financeira dos hospitais filantrópicos e das Santas Casas	Coordenação das redes de atenção à saúde Acesso a consultas e exames por meio da informatização das unidades de saúde; Melhorar a aplicação dos recursos, organização, eficiência e boa gestão Retomar os mutirões da saúde	Respeito à pluralidade étnica e direitos dos cidadãos consagrados na Constituição e legislação	Não menciona
Jair Bolsonaro (PSL)			
Credenciamento universal dos médicos Médicos de Estado Agentes comunitários serão técnicos de enfermagem Inclusão de profissionais de educação física no Programa de Saúde da Família	Prontuário eletrônico nacional Atendimento saúde bucal para gestantes	Revalida para os médicos cubanos	Não menciona
João Amoedo (Novo)			
Expansão e priorização dos programas de prevenção, como clínicas de família	Prontuário eletrônico Eliminação das filas Aprimoramento do acesso Ampliação das parcerias público-privadas e com o terceiro setor para a gestão dos hospitais Autonomia para os gestores e regras de governança para os hospitais Consórcios de municípios para maior escala de eficiência e gestão regionalizada de recursos e prioridades	Não menciona	Não menciona
João Goulart Filho (PPL)			
Revogação da Emenda constitucional do Teto do Gasto Público Duplicação do orçamento federal para a saúde (15% da receita corrente bruta) Aumento dos orçamentos estaduais para saúde (12% para 15%) Reestruturar a atenção primária à saúde	Ampliar a licença maternidade para o período de um ano Acesso a métodos anticoncepcionais modernos Gestão pública da saúde (fim das OS)	Democratizar e fortalecer conselhos de saúde (dando-lhes poder de decisão) Abolição do dispositivo do Código Penal que pune a mulher que fizer um aborto induzido	Garantir o atendimento de qualidade à população

Quadro 4. (cont.)

Caráter nacional do complexo industrial da Saúde	<p>Combate a todas as formas de preconceito e discriminação – econômico-social, racial, étnica, religiosa, etária, regional, sexual, por deficiência</p> <p>Garantia de acessibilidade do cidadão LGBT a todos os ambientes, inclusive os que prestam serviços públicos e privados; nos concursos públicos e exercício de profissões</p> <p>Garantia de atendimento no serviço público de saúde para a população LGBT</p> <p>Programa de acessibilidade para brasileiros com necessidades especiais</p>		
Lula (PT)			
<p>Aumento progressivo do investimento público (atingir a meta de 6% em relação ao PIB); novas regras fiscais, reforma tributária, retorno do Fundo Social do Pré-Sal</p> <p>Organização de uma rede de atenção básica</p> <p>Ampliação dos programas: Mais Médicos; Estratégia Saúde da Família; Samu; Farmácia Popular; Brasil Sorridente; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência</p> <p>Criação da Rede de Especialidades Multiprofissional (REM), que contará com médicos especialistas (tais como ortopedistas, cardiologistas, ginecologistas, oncologista, oftalmologista, endocrinologista) e profissionais das mais diversas áreas (fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, entre outras).</p> <p>Incluirá também hospitais-dia e poderá realizar cirurgias ambulatoriais especializadas, exames ultrassonográficos, procedimentos traumato-ortopédicos</p> <p>Programa Mais Médicos deve nortear novas ações de ordenação da formação e especialização dos profissionais de saúde</p> <p>Profissionalização e valorização do serviço público</p> <p>Estímulo ao Complexo industrial da saúde (estímulo à inovação na saúde)</p>	<p>Regionalização dos serviços de saúde (gestão da saúde interfederativa)</p> <p>Acesso a cuidados especializados por equipes Multiprofissionais</p> <p>Sistema de regulação das filas para acesso à consultas, exames e procedimentos especializados (cogestão com estados e municípios)</p> <p>Sistema de transporte sanitário</p> <p>Prontuário eletrônico de forma universal</p> <p>Implantação de dispositivos de compartilhamento do cuidado, expansão do matriciamento, teleconsulta, apoio vivo nos territórios</p> <p>Regulamentação das OS</p> <p>Plano Nacional de Redução da Mortalidade da Juventude Negra e Periférica</p> <p>Plano Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável</p> <p>Políticas regulatórias e tributárias (referentes ao tabaco, sal, gorduras, açúcares e agrotóxicos)</p> <p>Incentivo a atividade física e alimentação adequada, saudável e segura</p> <p>Controle do Aedes Aegypti</p> <p>ANS e Anvisa não capturadas pelo poder econômico</p>	<p>Rede de Enfrentamento à Violência contra LGBTI</p> <p>Saúde integral LGBTI+</p> <p>Fortalecimentos de conselhos e conferências de saúde</p> <p>Programas de valorização do parto normal, humanizado e seguro</p> <p>Programas contra a discriminação racial no SUS</p> <p>Compromisso com a agenda da Reforma Psiquiátrica</p>	<p>Rede de atenção básica resolutive</p> <p>Qualificação do cuidado multiprofissional e a ampliação da resolutividade</p> <p>Aperfeiçoamento da governança da saúde</p>

Quadro 4. (cont.)

Marina Silva (Rede)			
Planejamento regionalizado da distribuição de serviços, leitos hospitalares e ambulatoriais	Melhora do encaminhamento às especialidades, urgências e procedimentos de alta complexidade	Políticas de prevenção e combate a todas as formas de bullying, preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade, orientação sexual (LGBTIs), condição física, classe social, religião e quaisquer outras formas de violência e discriminação na escola	Constante avaliação de desempenho e qualidade
Ampliação da cobertura da atenção básica	Programa abrangente de educação e promoção da saúde	Ampliação de tratamentos e serviços de saúde integral adequados às necessidades da população LGBTI	Resolutividade e qualidade da rede de emergência
Contraceptivos em farmácias populares	Reformulação da gestão e publicização de dados do SUS	Ações de saúde integral das mulheres e de seus direitos reprodutivos e sexuais	Qualidade da atenção integral à saúde
Profissionais distribuídos de acordo com as necessidades do país	Criação de uma base única de dados de pacientes (prontuário eletrônico)	Estímulo ao parto humanizado	Profissionais bem formados
Fixação de profissionais em localidades mais remotas	agendamento de consultas por meio eletrônico	Prevenção e atendimento à gravidez na adolescência	
Inserção de profissionais de nutrição nas equipes de apoio da Estratégia Saúde da Família		Políticas voltadas à qualidade de vida para os idosos	
Planejamento regionalizado da distribuição de serviços, leitos hospitalares e ambulatoriais			
Ampliação da cobertura da atenção básica			
Contraceptivos em farmácias populares			
Profissionais distribuídos de acordo com as necessidades do país			
Fixação de profissionais em localidades mais remotas			
Inserção de profissionais de nutrição nas equipes de apoio da Estratégia Saúde da Família			
Oferta de equipamentos adequados, profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e de tratamento na rede de emergência			
Integração da saúde mental com atenção básica			
Vera (PSTU)			
Estatização de hospitais privados	Não menciona	Descriminalização das drogas (contra o encarceramento de jovens negros)	Não menciona
		Dependência e vício são problemas de saúde	
		Aborto livre e gratuito	
		Criminalização da LGBTfobia	
		Reconhecimento das identidades trans	
		Despatologização da transexualidade	
		Garantir à população LGBT atendimento médico às suas demandas pelo SUS	

DISPONIBILIDADE

Na dimensão disponibilidade, encontraram-se propostas relativas à ampliação/restrrição ou preservação de recursos financeiros, físicos (unidades, consultórios, leitos, equipamentos), recursos humanos, medicamentos, planos de saúde privados, produção de bens e insumos e pesquisas para a saúde. Alguns programas limitaram-se a propor soluções para a saúde (maior disponibilidade) baseados apenas na ampliação da oferta de recursos humanos enquanto outros conferiram ênfases diferenciadas para a oferta de recursos diversos.

REDE PÚBLICA DE SERVIÇOS

Em relação aos recursos físicos públicos, as propostas compreenderam a ampliação da rede básica, de atendimento ambulatorial especializado (policlínicas), estabelecimentos de urgência e emergência, hospitais, leitos e unidades de atendimento psicossocial (saúde mental).

O atendimento especializado consta das plataformas de Ciro Gomes (*“ampliação de policlínicas”*) e Lula (*“Rede de Especialidades Multiprofissional – REM”*). Mudanças na rede de serviços de urgência e emergência, incluindo unidades móveis, foram propostas de Ciro Gomes (ampliação da oferta), Lula (ampliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu) e Marina (recursos tecnológicos e humanos para a rede de emergência). Os hospitais públicos não foram objeto de propostas dos candidatos. O programa de Lula incluiu a presença de *“hospitais-dias, cirurgias ambulatoriais, exames e procedimentos traumato-ortopédicos”* na rede de especialidades multiprofissionais. Daciolo propôs a *“ampliação de leitos de internação e de CTI”*.

A expansão da oferta de serviços psicossociais de atenção à saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – Caps) foi mencionada por Lula (*“retomará e ampliará a Rede de Atenção Psicossocial, com os Caps III e Residências Terapêuticas”*), por Marina (*“tratamento prioritário nas políticas de saúde mental;*

uma melhor integração da saúde mental com a atenção básica”) e por Boulos (*“avançar na redução de leitos psiquiátricos, expandir significativamente a rede de atenção psicossocial e comunitária”*).

SERVIÇOS FILANTRÓPICOS E PRIVADOS

Iniciativas sobre estabelecimentos e procedimentos filantrópicos e privados constaram nos programas de Alckmin, de Ciro Gomes, de Boulos, de Daciolo, de Henrique Meirelles e de Marina. Alckmin propôs credenciar ambulatórios e hospitais *“amigos do idoso”*. Ciro pretendeu comprar procedimentos e exames especializados do setor privado. Os programas de Ciro e de Daciolo propuseram corrigir valores da tabela de procedimentos utilizada pelo SUS para comprar serviços do setor privado e filantrópico. Marina acenou com maior inclusão de organizações privadas e filantrópicas nas redes regionalizadas do SUS. Henrique Meirelles sinalizou a *“integração entre estabelecimentos públicos e privados”* e *“promover o saneamento e a recuperação financeira dos hospitais filantrópicos e Santas Casas”*. Boulos pretendeu rever regras de contratação e remuneração de hospitais privados e filantrópicos, além de manter isenção fiscal apenas para aqueles com 100% de atendimento para o SUS.

EQUIPAMENTOS

O programa de Eymael defendeu a existência de *“equipamentos e tecnologias necessários”* para *“aplicação efetiva do Sistema Único de Saúde”*; e o de Marina, a *“oferta de equipamentos adequados”*.

MEDICAMENTOS

Quanto à ampliação da oferta de medicamentos, o programa de Boulos considerava *“ampliar a oferta pública de medicamentos na Atenção Básica”* e *“enfrentar o uso irracional de medicamentos”*. No programa de Lula, constava

a “*ampliação do programa Farmácia Popular*”. Ciro queria o “*aprimoramento e sistematização do processo de entrega de remédios*”; e Álvaro Dias defendia “*medicamentos genéricos sem impostos até 2022*”. Marina se comprometeu com a “*garantia ao acesso a medicamentos essenciais, a promoção de seu uso racional e responsável e a ampliação do uso de medicamentos genéricos*” e com a “*oferta de contraceptivos pelas farmácias populares*”.

Ciro propôs a

[...] redução das barreiras impostas pela atual lei de propriedade intelectual, especialmente na proteção de patentes, fazendo uso das flexibilidades do Acordo Trips [Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights] da OMC [Organização Mundial do Comércio], como a emissão de licenças compulsórias para a sustentabilidade do direito à saúde, quando necessário.

Na mesma linha, Boulos propôs a “*revisão das normas de propriedade intelectual formuladas no Trips*”.

RECURSOS HUMANOS

As sugestões para a dotação de recursos humanos no SUS direcionaram para a criação de carreiras, distribuição, interiorização e fixação, formação, remuneração pelo governo, composição de equipes, inserção de profissionais em programas e unidades de saúde e relação entre médicos e usuários.

A carreira para médicos e outros profissionais foi mencionada por Álvaro Dias (“*médico federal*”), por Daciolo (“*carreira de Estado para médicos*”), por Henrique Meirelles (“*carreiras para profissionais de saúde*”), por Boulos (“*carreira única interfederativa do SUS*”) e por Eymael (“*plano de carreira*”).

Em cinco programas, houve intenções de ampliação da oferta e melhor distribuição de médicos. Álvaro Dias sugeriu médicos para os “*municípios mais carentes do País*”, Boulos citou “*melhora da distribuição*”, Daciolo propôs

“*profissionais para a rede pública e interiorização da medicina*” e Marina quis “*profissionais distribuídos de acordo com as necessidades do País e fixação de profissionais em localidades mais remotas*”. A plataforma de Lula propôs a ampliação do programa Mais Médicos.

A formação de recursos humanos foi objeto de sugestões de Ciro (“*formação de generalistas*”), de Lula (“*o programa Mais Médicos deve nortear novas ações de ordenação da formação e especialização dos profissionais de saúde*”) e de Marina (“*saúde depende de profissionais bem formados*”).

Dois programas propuseram a inclusão de profissionais na atenção básica. Bolsonaro sugeriu profissionais de educação física, e Marina sugeriu nutricionistas. A composição de equipes de saúde também constou dos programas de Lula e de Boulos (“*equipes multiprofissionais*”).

Quanto à remuneração e relacionamento dos profissionais com o governo, Boulos propôs “*estabilidade e melhora da remuneração*” enquanto Bolsonaro defendeu “*credenciamento universal de médicos*”, baseado no pagamento pelo governo de atividades livremente escolhidas pela demanda, ou seja, uma intenção de ampliação da oferta mediante desregulamentação, pois os médicos seriam profissionais liberais que atenderiam em seus consultório, remunerados pelo governo por cada atividade.

PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS

Poucos programas abordaram a disponibilidade de planos de saúde, considerando que aproximadamente 30% da população está vinculada à assistência médica suplementar, tema que hoje mobiliza discussão na sociedade em relação principalmente a acesso, preços e coberturas.

A plataforma de Boulos sugeriu restrições à oferta de planos de saúde:

[...] limitar a oferta de contratos com cobertura restrita, com franquias e copagamento; ressarcimento dos planos de saúde e auditoria das

dívidas com o SUS; impedir a participação de investidores financeiros e estrangeiros e propriedade cruzada na saúde.

O programa do Partido dos Trabalhadores (PT) não trouxe propostas, mas critica “regras que prejudicam fortemente os usuários de planos privados de saúde” e “criação de planos populares de saúde que afronta a universalidade”.

Ciro Gomes propôs

[...] incentivos à melhoria da gestão dos planos de saúde, com critérios de entrada e priorização no atendimento, definição de protocolos médicos, verticalização do atendimento e acompanhamento do histórico dos pacientes.

Já Daciolo afirmou a intenção de

dar fim ao desequilíbrio na relação com as operadoras de planos de saúde e dar fim aos subsídios públicos destinados aos planos e seguros privados de saúde.

COMPLEXO INDUSTRIAL E CADEIA PRODUTIVA

Menções genéricas às indústrias, empresas de distribuição de insumos do setor saúde e seus desdobramentos para a ciência, pesquisa e inovação constavam de quatro programas: Boulos (“desenvolvimento da cadeia produtiva em torno do SUS”), Ciro (“fortalecimento do complexo econômico industrial da saúde, estímulo à pesquisa e inovação em instituições nacionais”), João Goulart Filho (“garantir o caráter nacional do complexo industrial da saúde”) e Lula (“investimento no complexo econômico industrial da saúde”).

ACESSIBILIDADE

Os focos centrais das proposições para ampliar ou facultar acesso a ações e serviços de saúde concentraram-se em torno de: informações (que facilitem os fluxos de pacientes e

assegurem transparência); tempos de espera; gestão de serviços e redes e coordenação da rede de cuidados; acesso a medicamentos; problemas de saúde para os quais os candidatos julgavam necessário afirmar e garantir o acesso.

INFORMAÇÕES

Melhorias das informações e da informatização foram propostas por quase todos os candidatos: “prontuário eletrônico”, “histórico informatizado de pacientes”, “informatização de unidades de saúde”, “transparência às informações de caráter público do SUS”, “publicização de dados do SUS”.

TEMPOS DE ESPERA E PROBLEMAS DE ACESSO

Os prazos para atendimento e eliminação de filas de espera foram mencionados diretamente por Ciro Gomes e por Guilherme Boulos, e indiretamente por Álvaro Dias e por João Amoêdo, mas paradoxalmente sem definição de tempo e data de início.

Gargalos no acesso a consultas e procedimentos especializados foram contemplados nos programas de Boulos (“ampliação do acesso a consultas e procedimentos na atenção especializada”), de Henrique Meirelles (“retomar os mutirões na saúde”) e de Lula (criação da Rede de Especialidades Multiprofissional – REM para “superar a demanda reprimida de consultas, exames e cirurgias de média complexidade”). Lula também destacou o “transporte sanitário”, para a locomoção dos pacientes aos serviços especializados.

Constaram de plataformas o maior acesso a tratamento em HIV/Aids, a programas de imunização e de transplante de órgãos, ao atendimento em saúde bucal para gestantes, a métodos anticoncepcionais, a ações de vigilância sanitária, a programas para mulheres, idosos e minorias. O acesso a planos de saúde foi contemplado no programa de Ciro Gomes, que sugeriu mudanças na relação entre empresas de planos e prestadores de serviços (“critérios de entrada e atendimento, protocolos e verticalização”).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO

A organização do sistema de saúde, a coordenação entre unidades de saúde e entre estados, municípios e União inspirou proposições como “*integração entre atenção básica, hospitalar e emergencial*” e “*formação de consórcios em mesorregiões*” (Ciro Gomes), “*consórcios municipais*” (Álvaro Dias e João Amoêdo), “*coordenação das redes de atenção à saúde*” (Henrique Meirelles) e “*regionalização dos serviços de saúde*” (Marina e Lula). Giro Gomes e Lula sugeriram, respectivamente, a “*criação de central de regulação para alocação de leitos e procedimentos*” e “*sistema de regulação das filas para acesso a consultas, exames e procedimentos especializados*”. Marina propôs a “*melhora do encaminhamento às especialidades, urgências e procedimentos de alta complexidade*”.

Divergências entre os candidatos gravitaram em torno da gestão direta ou terceirizada de serviços de saúde. Boulos e João Goulart Filho propuseram gestão pública, consideraram que as Organizações Sociais (OS) não são eficientes. Por outro lado, João Amoêdo preconizou a “*ampliação das parcerias público-privadas e com o terceiro setor para a gestão dos hospitais*”. O posicionamento do programa de Lula de “*regulamentação das OS*”, denotando, possivelmente, manter as OS, mas com maior controle governamental, pareceu apresentar uma alternativa intermediária. Boulos pretendeu utilizar o “*planejamento estratégico*” para dimensionar e estabelecer diretrizes para “*necessidades da população e do SUS*”.

AGÊNCIAS REGULADORAS

Problemas relativos à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foram registrados por Lula:

[...] não capturadas pelo poder econômico, a ANS e Anvisa são essenciais para reduzir os gastos dos trabalhadores, das famílias e dos

empregadores com remédios, planos, médicos e hospitais [e por Boulos] capturada por interesses econômicos, a ANS se coloca contra o interesse público.

Boulos defendeu “*subordinar a ANS e suas atividades regulatórias ao Ministério da Saúde*”.

ACEITABILIDADE

As intenções declaradas nos programas, classificadas como voltadas à aceitabilidade, incluíram reforço do sistema de saúde às necessidades específicas de determinados segmentos sociais e grupos de usuários, bem como a proposições voltadas a aumentar a participação social e minimizar ou processar queixas e reclamações de usuários.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Considerando o reforço a grupos/segmentos sociais e de usuários, os conselhos e conferências de saúde foram mencionados por quatro programas. Giro e Lula propuseram, respectivamente, “*valorização dos Conselhos e Conferências de saúde*” e “*serão fortalecidos conselhos e conferências de saúde*”. João Goulart Filho e Boulos apresentaram inclusive sugestões sobre a composição e função dos conselhos. Para Boulos, serão

[...] instrumentos de politização e do engajamento coletivo, com função de gestão/decisão orçamentária e fiscalização no nível territorial (postos de saúde, escolas, creches).

Para João Goulart Filho, foi preciso “*democratizar e fortalecer conselhos de saúde, dando-lhes poder de decisão, desde o nacional até os de base*”. Já o programa de Marina, ao mencionar a regionalização da saúde, previu que “*representantes eleitos pela população dos municípios da região terão mandatos para participar da gestão*”.

Os segmentos sociais populacionais ‘LGBTI+’ foram incluídos nos documentos

de Boulos, de João Goulart, de Marina e de Lula. Mulheres e direitos reprodutivos foram objeto de distintas plataformas, com os seguintes matizes: descriminalização do aborto, parto humanizado, saúde para mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais (Boulos); descriminalização do aborto (João Goulart Filho); programas de valorização do parto normal, humanizado e seguro (Lula); parto humanizado, prevenção de gravidez na adolescência (Alckmin e Marina); e oferta de pílulas anticoncepcionais (Marina).

Políticas para usuários de drogas foram citadas no programa de Boulos. Política de saúde para a população negra e programas contra a discriminação racial no SUS estavam presentes nos programas de Boulos e de Lula. Outros segmentos populacionais citados por João Goulart Filho, Eymael e Marina, respectivamente, foram “portadores de necessidades especiais”, “deficientes físicos” e “idosos”. No programa de Boulos, em pontos não dedicados à saúde, constou a intenção de

[...] criar plano de políticas públicas e metas para redução da transmissão do vírus do HIV, recuperando e reforçando campanhas e políticas específicas para a população LGBTI, negra, camponesa e indígena, e da mortalidade por Aids e infecções como tuberculose e pneumonia.

O programa de Henrique Meirelles se comprometeu com o “respeito à pluralidade étnica e direitos dos cidadãos consagrados na Constituição e legislação”.

MÉDICOS

Referências ao papel de médicos na mesma medida que o defendido por entidades corporativas foram explicitadas por Daciolo, que propôs “respeito ao Ato Médico”, a Lei nº 12.842/2013 que estabelece atividades privativas do profissional médico; e por Bolsonaro, que defendeu a revalidação do diploma (“caso sejam aprovados no Revalida”) para médicos cubanos que desejarem atuar e permanecer no Brasil.

QUEIXAS

O programa de Ciro Gomes previu o fortalecimento do “sistema nacional de ouvidoria do SUS” e a “aproximação entre os gestores do SUS e os operadores do direito”, em referência indireta à judicialização da saúde.

QUALIDADE

A qualidade da atenção à saúde propriamente dita não motivou proposições dos candidatos. As menções ao termo foram genéricas. O quadro que as sistematiza procurou captar e classificar como intenções relacionadas com qualidade qualquer estratégia voltada ao aprimoramento da formação de profissionais, da gestão ou da assistência.

FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Boulos incluiu em seu programa a “qualificação permanente dos profissionais com vínculos públicos”, Daciolo propôs a “educação continuada gratuita para médicos e outros profissionais de saúde do SUS”, Marina defendeu “profissionais bem formados” e Lula mencionou “ações de ordenação da formação e especialização dos profissionais de saúde”.

GESTÃO

A plataforma de Ciro incluiu propostas sobre incentivos a boas práticas, tais como “premiação de hospitais e postos de saúde bem avaliados”; e a de Marina, “constante avaliação de desempenho e qualidade”. Lula e Ciro enunciaram mudanças nos quadros de gestão, com carreira de gestão na saúde (Ciro) e “aprimoramento da governança” (Lula).

ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Ciro propôs “acesso com qualidade e atenção básica de qualidade e resolutiva”. Boulos sugeriu “fortalecimento da rede assistencial pública”. Lula pretendia organizar uma “rede

de atenção básica resolutive com qualificação do cuidado multiprofissional e ampliação da resolutividade”, Marina quis *“qualidade da rede de emergência e qualidade da atenção integral à saúde”* e João Goulart prometeu *“garantir o atendimento de qualidade à população”*.

SÍNTESE DOS RESULTADOS

A partir do que foi descrito nas seções anteriores de resultados, depreendeu-se, em síntese, que as proposições dos programas de saúde dos candidatos a presidente do Brasil em 2018, embora marcadas pela diversidade de formatos e pela fragmentação de conteúdos, continham pontos de convergência: aumento de recursos para a saúde, expansão da rede de atenção básica, uso de tecnologias de informação (principalmente o prontuário eletrônico) e priorização do acesso aos serviços de saúde em atenção a agendas de movimentos identitários.

O aumento de recursos para a saúde foi desde propostas genéricas (Ciro, Daciolo, Henrique Meirelles, Marina) até a definição de metas, fórmulas e percentuais (Boulos, Lula e João Goulart Filho). Já o acesso a serviços de saúde para segmentos populacionais específicos, outro traço marcante dos programas em 2018, resultou da combinação de recortes por ciclos de vida, inserção no mercado de trabalho e local de moradia com características de raça, cor, gênero e orientação sexual, tais como *“juventude negra”*, *“mulheres negras”*, *“juventude negra periférica”*. Foram elencadas por vários programas ações direcionadas a mulheres, jovens, negros, indígenas, ‘LGBTI+’, idosos, crianças e trabalhadores.

As principais divergências dos programas referiram-se às despesas com saúde, políticas de apoio ou restrição a serviços privados e filantrópicos e gestão direta ou terceirizada de estabelecimentos públicos. Diferentemente da maioria que previu mais recursos para o SUS, Bolsonaro e Amoêdo consideraram que os gastos com saúde eram excessivos. Enquanto Guilherme Boulos pregou *“filantrópicos 100% SUS”*, o programa de Henrique Meirelles

propôs *“integração entre estabelecimentos públicos e privados e apoio a Santas Casas e instituições filantrópicas”*, e o de João Goulart previu a *“compra de procedimentos junto ao setor privado”*. A proposta de Marina de regiões de saúde também previu a *“participação articulada de estabelecimentos públicos, privados e filantrópicos”*, mas sem especificar políticas de incentivos.

Ciro e João Amoêdo insinuaram intenções de pagamentos diferenciados para melhor desempenho, sendo que, para João Amoêdo, a gestão deveria ser terceirizada. Boulos e João Goulart posicionam-se contra as OS. O programa de Lula apresentou um posicionamento presumivelmente intermediário ao mencionar a *“regulamentação das OS”*, mas como não há detalhamento das mudanças previstas, e na medida em que há regulamentação favorável às OS (leis federal, estaduais e municipais, além de posicionamento do STF), a proposta ficou destituída de conteúdo.

Observou-se, ainda, diferenças em relação ao Programa Mais Médicos. Lula defendeu a preservação e se comprometeu com a ampliação do programa, enquanto Bolsonaro acenou com a definitiva saída dos médicos cubanos do País, defendendo a necessidade de revalidação de diplomas aos que quiserem permanecer no País.

Possíveis ilusões biográficas autorizaram o questionamento de outro leque de proposições, que transitam de autocríticas até propostas apresentadas sem contextualização histórica e política. A proposta de Henrique Meirelles para aumentar recursos para a saúde seria um reposicionamento ou apenas sugeriria um candidato atento às pesquisas de opinião? A proposição de Lula para regulamentar Organizações Sociais seria uma orientação geral ou um recuo de políticas que foram intensamente adotadas por governos petistas estaduais e municipais? A constatação sobre a captura de agências reguladoras por interesses econômicos (mantida durante gestões petistas, especialmente na ANS) significaria um reconhecimento que teria sido possível evitar a pressão das empresas e do empresariado?

Houve, também, equívocos. O principal veio do programa de Bolsonaro, que construiu uma falácia sobre suficiência de gastos públicos com saúde no Brasil a partir de erro de leitura de um gráfico reproduzido, inclusive desatualizado. Já a plataforma de Lula conteve um exagero, ao inserir o Programa Nacional de Imunização (PNI), iniciado na década de 1970, como uma iniciativa “*construída nos últimos anos*”, ao lado de marcas autorais de governos petistas e de aliados, já enfatizadas desde o programa do partido nas eleições de 2014.

Entre omissões dos programas, considerando pesquisas de opinião, noticiário da mídia e prioridades identificadas pela epidemiologia, estiveram desde a situação dos hospitais federais (incluindo os universitários), o lugar e papel da Funasa (especialmente na saúde indígena) até o alcoolismo (problema de saúde notoriamente relevante). Nenhum programa assumiu compromissos com a redução das disparidades regionais dos indicadores de saúde. Outras ausências dos programas foram propostas relativas à qualidade, como se o direito à saúde fosse meramente o ingresso em serviços de saúde, e não o atendimento resolutivo, digno e continuado. Tais lapsos sugerem que as plataformas contêm inconsistências técnicas importantes que poderão se refletir em políticas governamentais pouco embasadas no conhecimento disponível.

Discussão

Sabe-se que alguns temas de saúde podem influenciar o comportamento de voto²⁹; enquanto outros, não. Escolhas eleitorais podem ser propiciadas quando questões relativas a algo importante para a vida dos cidadãos motivam propostas distintas, apresentadas por concorrentes dispostos a dar respostas convincentes sobre determinado problema.

Nas eleições presidenciais francesas de 2017, a saúde tornou-se um tema central para eleitores e mídia depois que o candidato conservador François Fillon propôs que o sistema público

passasse a reembolsar apenas o tratamento de doenças graves e de maior complexidade, cabendo aos cidadãos pagar o restante do próprio bolso ou por meio de planos privados. O contraponto que recebeu atenção foi o programa centrista de Emmanuel Macron, que prometia intensificar a prevenção de doenças, eliminar as desigualdades no acesso à saúde e melhorar a eficiência do sistema¹⁹.

Na eleição presidencial dos EUA de 2016, pesquisas mostraram que a saúde foi uma questão de segunda ordem, relevante para 16% dos eleitores na hora da definição do voto, aquém da economia e do emprego (32%) e da segurança nacional e do terrorismo (29%). No momento da eleição contavam mais as preferências pelo futuro e a avaliação da nação em vários domínios. Mesmo assim, a saúde teve papel destacado em função da polarização e das imensas divergências dos dois candidatos sobre como conter os custos do sistema de saúde e sobre como faziam o julgamento do Affordable Care Act (ACA), o Obamacare. Ou seja, no caso americano, as mudanças na saúde estariam mais relacionadas com a polarização política entre as partes em questões específicas do sistema de saúde do que com a importância da saúde atribuída pela população no processo eleitoral¹⁹. Isso ocorreu praticamente em todas as eleições presidenciais daquele país, como na polarização sobre a cobertura de saúde enquanto escolha ou enquanto direito nas eleições de 1992²⁰. Já nas prospecções, anteriores às eleições legislativas americanas de 2018, embora os cuidados de saúde não fossem a questão motriz para a maioria da população, a posição de um candidato à Câmara e ao Senado no tema específico sobre ‘custos de saúde’ poderia influenciar as decisões dos eleitores²¹.

Programas eleitorais, aqui e no exterior, tendem a ignorar as verdadeiras questões de saúde da população, os motivos de deterioração do estado de saúde e de reiteração das desigualdades no risco de adoecer, em parte porque é extremamente difícil apresentar uma posição facilmente compreensível sobre como a política pode abordar os determinantes da

saúde. Portanto, as plataformas, quando muito, concentram-se nos serviços, nos recursos físicos e cuidados médicos, restringem-se a questões de assistência, que são mais tangíveis para os eleitores. Os programas se diferenciam não por ações, mas por palavras, permitindo que os eleitores leiam e escutem o que quiserem nas propostas²⁸.

O resultado é o que Marchildon²² chama de 'políticas fantasmas'. Entretanto, o próprio autor esclarece que a imprecisão na venda de um projeto de saúde não significa que ele não possa ser realizado, citando como exemplo Tommy Douglas, criador do seguro universal de saúde no Canadá, que, em sua campanha eleitoral de 1944, denunciou o problema de os cuidados em saúde se basearem na capacidade de pagamento, e não na necessidade das pessoas. Embora não tivesse ideia de como seria um modelo de único pagador (*single-payer*), pois não existia nenhum na época, de fato o implantou algum tempo depois. A mesma proposta de campanha feita 70 anos depois pelo candidato Bernie Sanders, nos Estados Unidos, foi considerada utópica e irrealista²¹.

Não dispomos no Brasil de pesquisas para dimensionar a influência de proposições de saúde sobre o voto. Além disso, os conteúdos e formatos dos programas eleitorais no Brasil são distintos dos de países como a França, os EUA e o Canadá, especialmente em relação à clareza das intenções e das propostas. Mesmo assim, é possível supor que o Brasil reproduza, ainda que a seu modo, tendências internacionais de enfatizar para a saúde prescrições consideradas gerais e consensuais.

Nas eleições brasileiras de 2014, diferentemente do que ocorreu em eleições de outros países, a saúde não demarcou diferenças significativas entre partidos e coalizões partidárias²³. Contudo, essa hipótese carece de aprofundamento e comprovação. Veja-se que a simples menção à descriminalização do aborto foi identificada como determinante para o resultado da eleição para o Senado no Rio de Janeiro em 2006 e como fator importante na eleição presidencial de 2014. Em 2018, apesar

da presença de candidatos bem posicionados na disputa serem explicitamente contrários ou a favor do aborto, e pesquisas de opinião seguirem indicando uma maioria contra a legalização, o assunto esteve praticamente ausente do debate eleitoral.

Em 2018, a eleição presidencial brasileira transcorreu em meio a condições peculiares: *impeachment* da Presidente eleita em 2014, prisão, inelegibilidade e troca do candidato mais bem posicionado nas pesquisas. Conflitos diante da legitimidade de decisões sobre as eleições tornaram-se em si um fator especial de instabilidade política²⁴ que dificulta e anuvia o debate de ideias e propostas, conduzindo as discussões para longe dos programas eleitorais. Embora as eleições sejam consideradas o coroamento da democracia representativa, nem sempre ocorre uma 'boa eleição', baseada nos melhores critérios internacionais de qualidade, legitimidade e credibilidade²⁵, sobretudo em processos eleitorais acompanhados de eventos extraordinários como crises institucionais, presidentes destituídos, escândalos de corrupção, desconfianças polarizadas e mobilizações antagônicas.

Considerações finais

O primeiro traço distintivo da disputa eleitoral de 2018 foi o contexto econômico recessivo, com milhões de desempregados e desamparo diante da perspectiva de o Brasil se perpetuar como nação subdesenvolvida, subordinada àquelas produtoras de tecnologia pós-revolução digital. O segundo contorno ficou nítido por polarizações remetidas, ainda que indiretamente, a posicionamentos contra ou a favor dos processos políticos e judiciais que impediram que Lula se apresentasse como candidato à Presidência da República.

Propostas sobre a saúde e sobre o SUS foram postas de lado durante o embate eleitoral nesse período, mas o mesmo ocorreu com tantas outras, tais como as que defendiam

privatizações de estatais e de infraestrutura, para citar um tema saliente em eleições anteriores. Apesar dessa advertência, os exercícios de comparação entre plataformas eleitorais se justificam duplamente: os documentos formalmente registrados continham concepções sobre saúde e propostas para políticas de saúde; e, no curso das campanhas, as propostas dos candidatos sobre saúde haviam sido objeto de divulgação em diversos meios.

Em 2018, tal como na eleição presidencial de 2014, a saúde não ocupou lugar central nas plataformas de governo dos candidatos a Presidente, embora a matéria-prima para um rico e potente debate sobre o tema nunca tenha sido tão abundante no País, ante a insatisfação reiterada da população em relação à saúde^{26,27}.

Muitos candidatos e programas de 2018, nas propostas sobre saúde, se igualaram em platitudes ou repetiram jargões familiares para determinados nichos eleitorais. Tal constatação pode ser analisada sobre duas perspectivas. Sob um enfoque otimista, as convergências dos programas eleitorais poderiam ser compreendidas como avanço. O assentimento generalizado sobre a importância e expansão da assistência pública seria um sinal positivo: a saúde teria se tornado política de Estado, independentemente de governos e partidos políticos. Inversamente, as generalizações, a ênfase na atenção básica, e não no sistema de saúde, e a ausência de debates sobre políticas de saúde efetivamente universais e de qualidade admitem interpretações sombrias. O fato de não enfatizar o SUS, o sistema como um todo, os direitos assistenciais para todos os níveis de atenção, de não explicitar como serão obtidos recursos (sobretudo financeiros) para viabilizar as promessas, expressa compromissos limitados. As intenções de adotar políticas de saúde incrementais parecem não mencionar a superação dos padrões de desigualdades tanto na exposição a riscos quanto no acesso e uso de serviços de saúde.

Nos esforços para captar as proposições sobre saúde, verifica-se que não foram cumpridas as funções básicas dos manifestos

eleitorais, de sistematização de posições partidárias e produção de materiais simplificados acessíveis aos eleitores. Textos confusos, mal organizados, ora repetitivos, ora com meras generalizações, não parecem ter sido elaborados por partidos e coalizões políticas, e sim por assessorias dos candidatos. Portanto, parte das propostas apresentadas não se transformarão em políticas. Frequentemente, quadros partidários convocados para o governo nem sequer concordam com postulados sobre políticas sociais de natureza universal. Adicionalmente, essas proposições não passaram pelo escrutínio das negociações eleitorais subnacionais, nas quais, quase sempre informalmente, os programas são readaptados.

Em 2014, em uma eleição presidencial polarizada pelas candidaturas de PT e PSDB em torno do ajuste fiscal, partiu do candidato do Partido Socialista Brasileiro (PSB) o tom destoante, pois foi o único que prometeu aumentar os recursos para a saúde. Quatro anos depois, foi quase consensual a necessidade de ampliar o orçamento da saúde. Entre os favoritos em 2018 (considerando que este estudo foi finalizado antes dos resultados das eleições), o único que julgou desnecessário aumentar recursos para saúde foi o candidato do Partido Social Liberal (PSL). Essa mudança a favor de maior financiamento do SUS, ainda que retórica, é importante. A sensibilidade às prioridades da saúde parece ter se tornado mais intensa.

Já a prioridade atribuída à atenção básica por quase todos os candidatos não foi novidade. A exemplo de 2014, os candidatos repetiram compromissos de aumento de coberturas sem nenhuma avaliação de governos e sem mencionar instrumentos ou obstáculos para alcançar as metas propostas. Ainda assim, foi possível inferir que haveria esforços do próximo presidente – se o eleito integrasse essa perspectiva quase consensual sobre a atenção primária – de continuidade dos investimentos e de expansão de unidades básicas e da Estratégia Saúde da Família. Mas cabe ressaltar que enquanto a plataforma do PT pretendeu ampliar o Programa Mais Médicos

(que aloca profissionais para a atenção primária em municípios desassistidos), o candidato do PSL apontou para a retirada dos médicos cubanos, para uma atenção básica ‘nacionalizada’ e afirmou a possibilidade de o governo credenciar médicos particulares.

Tal como em 2014, problemas de saúde de determinados segmentos populacionais, como povos indígenas e população carcerária, foram ignoradas por quase todos os programas em 2018, com exceção do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL). Entretanto, os manifestos em geral explicitaram compromissos com pessoas e comunidades ‘LGBTI+’, negros e portadores de deficiências. Esse reconhecimento, quase consensual, sobre diferenças e igualdade no acesso e uso de serviços de saúde, sinalizou perspectivas positivas para a retomada de políticas assistenciais e de proteção a riscos que exigem ações concretas de combate a preconceitos e discriminações.

Análises que se atêm ao conteúdo de proposições para a saúde nos programas eleitorais são limitadas, ainda que não ignorem implicações e conflitos situados fora do âmbito setorial. Impedem, assim, inferências sobre diferenças e similitudes de posicionamentos políticos e ideológicos, mais ou menos liberais ou intervencionistas, nas relações entre Estado, sociedade e mercado. Podem, portanto, suscitar a sobrevalorização de convergências pontuais, tanto em enunciados decalcados de programas de saúde tradicionais quanto de termos técnico-gerenciais utilizados por especialistas ou movimentos sociais.

Mesmo diante do consenso, ainda que vago, sobre pontos relevantes para a efetivação do SUS, a tradução concreta das promessas sobre saúde, por certo, somente se materializará nos governos se impulsionada por múltiplos fatores e mecanismos, como políticas, programas, leis,

regulamentos e convenções, dependentes do grau de mobilização e envolvimento de uma grande variedade de atores a serem convocados ao longo do processo de elaboração e implementação de políticas.

Parte das proposições dos programas eleitorais consistiu na mera reapresentação de intenções não efetivadas, inclusive por partidos e coalizões políticas que já governaram o País ou estados e municípios. Possivelmente, a concordância, no processo eleitoral, relativamente fácil de obter, em torno da expansão do SUS, tem sido submetida posteriormente a escrutínios de agentes políticos movidos por interesses que terminam por restringir as políticas universais.

A ‘redução’ das políticas pró-SUS, que presumivelmente poderia ser mitigada pelo debate de programas no momento da organização de alianças visando ao segundo turno das eleições, não ocorreu em 2014, e não havia indícios, no momento da conclusão deste estudo, de que, em 2018, as coalizões gravitariam em torno de proposições, e não em função da divisão de cargos. Expectativas concentradas na escolha de ministros e sua equipe se apresentaram em sua plenitude. A tendência de nomear, para cargos executivos, integrantes das assessorias que elaboraram os programas genéricos estabeleceu um circuito desfavorável à nitidez das proposições e, paradoxalmente, depreciou o processo eleitoral.

Por fim, os esforços aqui empreendidos, ainda que exploratórios e preliminares, apontam para a necessidade de conjugar e aprofundar novas formas de investigação que apostem no promissor diálogo entre eleições e sistemas de saúde, duas áreas de pesquisa de grande vitalidade e de intensas transformações. ■

Referências

- Eder N, Jenny M, Müller, Wolfgang C. Manifesto functions: How party candidates view and use their party's central policy document. *Electoral Studies*. 2017; 45:75-87.
- Volkens A, Bara J, Budge I, et al. *Mapping Policy Preferences from Texts: Statistical Solutions for Manifesto Analysts*. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- Dandoy R. L'analyse des programmes de partis. In: Frogner A, De Winter L, Baudewyns P. *Elections: le reflux ? Comportements et attitudes lors des élections em Belgique*. Bruxelles: De Boeck; 2007. p. 141-156.
- Dalton RJ, Farrell DM, Mcallister Ian. *Political Parties and Democratic Linkage: How Parties Organize Democracy*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
- Laver M, Garry J. Estimating policy positions from political texts. *Am. J. Political Sci.* 2000; 44(3):619-34.
- Ray L. Validity of measured party positions on European integration: assumptions, approaches, and a comparison of alternative measures. *Elect. Stud.* 2007; 26(1):11-22.
- Dolezal M, Ennser Jedenastik L, Müller WC, et al. How parties compete for votes: A test of saliency theory. *European Journal of Political Research*. 2014; 53(1).
- Manifesto Project. Project Description. [acesso em 2019 jun 10]. Disponível em: <https://manifesto-project.wzb.eu/>.
- Budge I, Farlie DJ. *Explaining and predicting elections: issue effects and party strategies in twenty-three democracies*. London: Allen & Uwin; 1983.
- Borges A, Vidigal R. Do lulismo ao antipetismo? Polarização, partidarismo e voto nas eleições presidenciais brasileiras. *Opin. Publica [internet]*. 2018 [acesso em 2018 ago 16]; 24(1):53-89. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0191201824153>.
- Amaral OE, Tanaka M. Como os brasileiros escolhem os governadores? Desvendando as razões do voto para os executivos estaduais no Brasil em 2014. *Opin. Publica [internet]*. 2016 [acesso em 2018 ago 16]; 22(3):675-701. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-01912016223675>.
- Veiga LF, Ross SD. Os determinantes da avaliação da economia na eleição presidencial brasileira em 2014. *Opin. Publica [internet]*. 2016 [acesso em 2018 ago 16]; 22(3):524-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/op/v22n3/1807-0191-op-22-3-0524.pdf>.
- Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Registro de candidatura. [acesso em 2019 maio 9]. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/o-tse/escola-judiciaria-eleitoral/publicacoes/revistas-da-eje/artigos/registro-de-candidatura>.
- Brasil. Lei nº 95.04/97 de 30 de setembro de 1997. Estabelece normas para as eleições. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 1997 [acesso em 2019 maio 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9504.htm.
- Brasil. Tribunal Superior Eleitoral Sistema de Divulgação de Candidaturas e de Prestação de Contas Eleitorais. (DivulgaCandContas). Eleições 2018 [acesso em 2019 maio 9]. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-2018/sistema-de-divulgacao-de-candidaturas-e-prestacao-de-contas-eleitorais-divulgacandcontas>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Coordenação de contas nacionais. Conta-Satélites de Saúde: Brasil: 2010-2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [acesso em 2019 jun 10]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101437.pdf>.
- Banco Mundial. *Um ajuste justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil*. 2017 [acesso em 2019 jun 10]. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/Volume-I-s%C3%ADntese>.

18. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. [acesso em 2019 maio 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm.
19. Blendon RJ, Benson JM, Casey LS. Health Care in the 2016 Election – A View through Voters’ Polarized Lenses. *N Engl J Med* 2016; 375:e37.
20. Lambrew JM. Getting Ready for Health Reform 2020: What Past Presidential Campaigns Can Teach Us. In: *The Commonwealth Fund. Jun. 2018 (Report)*. [acesso em 2019 maio 9]. Disponível em: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2018-06/Lambrew_getting_ready_hlt_reform_2020_presidential_0.pdf.
21. Kirzinger A, Wu B, Muñana C, et al. Kaiser Health Tracking Poll: Preview of the Role of Health Care in the 2018 Midterm Campaigns. 2018 [acesso em 2019 maio 9]. Disponível em: <https://www.kff.org/health-costs/poll-finding/kaiser-health-tracking-poll-preview-role-of-health-care-2018-midterm-campaigns/>.
22. Marchildon GP. Phantom Policies and Public Health in the Presidential Election. *Am J Public Health*. 2016; 106(6):975-976.
23. Scheffer M, Bahia L. A saúde nos programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014: notas preliminares para o debate. 2014 [acesso em 2019 maio 9]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/proposta-sa%C3%BAdede-presidencia-ves-2014.pdf>.
24. Reis FW. Crise política: a ‘opinião pública’ contra o eleitorado. *Terceiro Milênio*. 2016; 7(2):1-10.
25. Freidenberg F. ¿Qué es una Buena Elección?: El Uso de los Informes de las Misiones de Observación Electoral para Evaluar los Procesos Electorales Latinoamericanos (2013-2016). *Dados*. 2017; 60(4):1095-1142.
26. Folha de São Paulo. Maioria dos brasileiros avalia saúde como ruim ou péssima, diz Datafolha. *Folha de São Paulo; Caderno Cotidiano*. 26 jun 2018 [acesso em 2019 maio 9]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/06/maioria-dos-brasileiros-avalia-saude-como-ruim-ou-pessima-diz-datafolha.shtml>.
27. O Globo. Ibope: saúde é maior preocupação do eleitor em 19 capitais. *Globo.com*. 26/08/2016 [acesso em 2019 maio 9]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/ibope-saude-a-maior-preocupacao-do-eleitor-em-19-capitais-19996686>.
28. Dalton RJ, Farrell DM, McAllister I. *Political Parties and Democratic Linkage: How Parties Organize Democracy*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
29. McDonough JE. Shorter lives and poorer health on the campaign trail. *Am J Public Health*. 2016; 106(3):395-7.

Propostas do Conass aos candidatos à Presidência da República*

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)¹

Publicado em 3 de setembro de 2018

Apresentação

* Documento publicado tal como divulgado, porém adaptado ao formato da revista.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Propostas do Conass aos candidatos à Presidência da República [internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/propostas-do-conass-aos-candidatos-presidencia-da-republica/>.

O Brasil vive uma quadra em que a segurança social está ameaçada. A fragilidade política e econômica mergulhou o País em uma rota não sabida que desperta, em cada cidadão, a preocupação com o futuro e, nas famílias, a angústia do desemprego, o medo da violência e da desassistência. O Sistema Único de Saúde (SUS), entidade nacional das mais respeitadas, nos seus 30 anos, sente-se ameaçado.

O SUS é produto de ideias de sanitaristas, acadêmicos, gestores, estudantes, trabalhadores, forjadas nos movimentos de resistência à rotura democrática de 1964, acolhidas pelo Congresso Nacional durante a Constituinte e cravado nas letras da Constituição de 1988 (CF/1988). Por isso, seus princípios coincidem com as bandeiras levantadas pelo movimento de redemocratização do País e sua implantação reflete fortemente o processo de descentralização política que teve como consequências a abertura de espaços de participação da sociedade organizada em Conselhos e Conferências.

Nos seus 30 anos, o SUS tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e apresentar resultados inquestionáveis para a população brasileira, fazendo a segurança sanitária da população de maneira universal e integral. No entanto, problemas cruciais retardam sua evolução e ameaçam sua existência.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass, Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 12.466/2011, art. 14A e 14B) tem sido ator importante na formulação, na implantação e na consolidação do SUS, contribuindo efetivamente para o fortalecimento da gestão do sistema, com atuação destacada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e demais espaços onde a discussão se faça.

O momento político exige dos candidatos o compromisso com o que é mais caro ao povo brasileiro: estabilidade democrática, políticas sociais inclusivas, retomada do crescimento econômico, fortalecimento das políticas educacionais, de segurança, de saneamento básico e, sobretudo, de saúde, por ser garantidora da qualidade e manutenção da vida da totalidade do povo brasileiro. A sustentação do SUS, para além do discurso, deve ser um compromisso de qualquer governante que entenda ser dever evitar o sofrimento e as ameaças à vida humana como compromisso constitucional. Afinal, saúde é direito de todos e dever do Estado (art. 196 da CF/1988).

Desse modo, o Conass, vem, respeitosamente, apresentar aos candidatos a governador e a presidente, a 'agenda de propostas estruturantes para a área da saúde', que visa garantir o fortalecimento e a sustentabilidade do SUS e da saúde de qualidade para a população brasileira.

Leonardo Moura Vilela
Presidente do Conass

¹ Brasília (DF), Brasil.
gabinete@conass.org.br



1. Compromisso com as diretrizes constitucionais do SUS – universalidade e integralidade

As bases constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) – universal, integral e gratuito – estão assentadas em princípios de justiça e de inclusão social, e a população assim o reconhece. Pesquisa realizada demonstra que ‘88% dos brasileiros querem que o SUS seja mantido’. Isso demonstra a necessidade de sua afirmação como política de Estado pelos governantes e não sua subscrição como sistema segmentado, submetido ao sistema suplementar. A concepção do sistema expressa na Constituição Federal e o perfil socioeconômico do povo brasileiro, em que 75% da população é de usuários exclusivos do SUS, exigem esse compromisso.

2. Novo pacto federativo e reforma tributária

O modelo de federalismo brasileiro interdita a discussão e os esforços para o aprimoramento da governança exigida, ao tempo em que é determinante de crise. O padrão de oferta do atendimento social em um país desigual e de dimensão continental como o Brasil exige colaboração consequente entre os entes federados. O ordenamento institucional deve ser ajustado e os recursos federais repartidos de forma justa entre as esferas para propiciar a execução das políticas descentralizadas. No Brasil, essa distribuição é fator gerador de iniquidade. É preciso estabelecer equilíbrio entre as responsabilidades assumidas pelos entes federados e o repasse da arrecadação.

3. Fortalecimento da gestão do SUS

O Brasil vive momento de desafios para a

gestão do SUS. O momento atual nos impõe desafios para superar a crise política, fiscal e econômica. Diante desse quadro, é preciso aproveitar a oportunidade para melhorar a gestão e aumentar a eficiência do SUS, por meio de mudanças nos modelos de atenção à saúde, de gestão e de financiamento. É necessário ofertar e dar acesso à população a serviços organizados em redes de atenção à saúde, nas macrorregiões, onde se garante a integralidade da atenção. Para melhorar a gestão, é preciso reduzir a burocracia normativa federal, dando mais autonomia para estados e municípios; promover efetiva regionalização; aprimorar a administração pública; e promover parcerias entre a sociedade e o poder público.

4. Modelo de atenção à saúde

Considerando as profundas mudanças do perfil epidemiológico e da transição demográfica da população brasileira nos últimos anos, é urgente implantar no SUS um modelo de atenção adequado, com base nas necessidades da população e não na oferta de serviços, tendo a atenção primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. As principais intervenções desse modelo de atenção à saúde devem levar em consideração os determinantes sociais da saúde e desenvolver ações intersetoriais de enfrentamento de agravos; fortalecer ações de promoção da saúde, mudança de estilo de vida, autocuidado apoiado; as intervenções preventivas estritas como vacinações, cuidado contínuo e monitoramento da atenção na população de risco. É preciso definir uma política nacional que amplie o acesso e reduza o tempo de espera ao atendimento especializado ambulatorial e hospitalar, para fazer frente a necessidades relacionadas a consultas, exames e cirurgias eletivas.

5. Modelo de financiamento do SUS

O subfinanciamento do SUS é crônico e tende a perdurar em função da crise fiscal estabelecida e o advento da Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 2016, que instituiu o Novo Regime Fiscal e impossibilita o aumento do seu financiamento, ao congelar por 20 anos recursos financeiros federais destinados ao sistema. Para dar suporte a um sistema público universal de qualidade, é preciso garantir financiamento regular e suficiente. É necessário, portanto, revogar a EC nº 95/2016. É preciso, também, definir novas formas de remuneração de serviços no SUS que contemplem custos efetivos e desempenho e estabelecer o critério de rateio dos recursos federais para custeio e investimento, conforme a Lei Complementar nº 141/2012, com transferência fundo a fundo a estados e municípios, a serem utilizados conforme os respectivos planos de saúde.

6. Governança regional

Visando aprimorar a gestão e aumentar a eficiência, é necessário organizar as redes de atenção à saúde nas macrorregiões, de forma a garantir a integralidade. Para promover a governança das redes de atenção à saúde, é preciso que haja o equilíbrio das relações intergovernamentais das três esferas de poder autônomas e de outros atores como a sociedade e as organizações envolvidas nos processos decisórios no território macrorregional. Essa governança deve ser diferenciada, própria de ambientes colaborativos, com mecanismos de coordenação e monitoramento das atividades, buscando ganhos de escala, redução de riscos e dos custos envolvidos.

7. Judicialização da saúde

Para além dos debates que levem em conta o conflito entre direitos individuais e coletivos, a judicialização desorganiza a atividade administrativa, obriga a alocação de recursos (humanos,

logísticos, financeiros) de forma não planejada, estabelece um paralelismo entre quem acessa o SUS por suas portas de entrada e quem abrevia o caminho, pela decisão judicial. Por isso é necessário atuar junto ao Poder Legislativo para regulamentar que o financiamento público para a saúde destinar-se-á exclusivamente aos itens incorporados pelo SUS; atuar junto ao Poder Legislativo e o Judiciário para minimizar a criminalização da gestão do sistema de saúde e de seus gestores; estimular os diálogos institucionais entre o sistema de saúde e o de justiça que garantam o direito do cidadão e preservem a sustentabilidade do sistema.

8. Gestão do trabalho e da educação na saúde

O artigo 200 da Constituição Federal define que o SUS deve ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, visando preparar profissionais com o perfil voltado às suas necessidades. Entretanto, os gestores enfrentam dificuldades para o adequado provimento e a fixação de profissionais, especialmente médicos em áreas mais carentes. Portanto, é preciso garantir a implementação do Programa Mais Médicos em todos os seus eixos e fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o pleno funcionamento das Escolas de Saúde Pública e das Escolas Técnicas dos SUS.

9. Complexo industrial e inovação em saúde

Incrementar a capacidade de produção e de inovação do complexo industrial da saúde, para a realização das atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação, produção, compra e venda de insumos de saúde, de serviços, assim como de novos conhecimentos e tecnologias. Melhorar as condições de produção dos laboratórios oficiais, de modo a atender a demanda por medicamentos e imunobiológicos estratégicos, sobretudo para doenças negligenciadas.

Portanto, se faz necessário tanto a definição estratégica de que medicamentos e imunobiológicos produzir, quanto o financiamento necessário para expansão e adequação das plantas de produção dos laboratórios oficiais.

10. Participação da sociedade

Os Conselhos de Saúde atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da

política de saúde e são importantes para o fortalecimento do SUS. As Conferências de Saúde, convocadas pelo Poder Executivo, composta com representação de vários segmentos sociais, avaliam a situação de saúde e propõem diretrizes para a formulação de políticas de saúde. Portanto, é importante fortalecer a participação da sociedade na governança do SUS por meio dos Conselhos de Saúde e aprimorar os mecanismos de avaliação de satisfação dos usuários. ■

Documento político e técnico para diálogo com os candidatos nas eleições em 2018*

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)¹

* Documento publicado tal como foi divulgado, porém adaptado ao formato da revista.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Documento político e técnico para diálogo com os candidatos nas eleições em 2018 [internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 29]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/07/livreto_presidenciaveis_tela_F02.pdf.

1 - Modelo de atenção e Redes de Atenção à Saúde

A ausência de governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS) reflete o desequilíbrio na relação interfederativa e dificulta a garantia da integralidade na atenção. Ainda há uma grande disputa entre o sistema e as corporações e o setor privado sobre o modelo de atenção e gestão, o que dificulta o cumprimento das responsabilidades constitucionais na saúde.

2 - Governança e regionalização

A efetiva regionalização dos serviços de saúde, e a necessária adequação de sua governança que considere o papel dos entes da federação e o aprimoramento dos espaços de gestão regional são os desafios na construção da saúde.

3 - Trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS)

Grande parte do trabalho em saúde é de relação humana e em todos os espaços necessita quantidade, disponibilidade e qualificação específica. Para o cumprimento das responsabilidades constitucionais em saúde com qualidade e garantia de acesso o limite da LC 101/2002 é um desafio a ser enfrentado.

4 - Judicialização

A discussão do acesso justo e equitativo à saúde não pode ser feita descolada da premissa de que o SUS tem recursos finitos.

5 - Financiamento

O subfinanciamento do SUS com a retração do financiamento Federal, acrescido de um orçamento fragmentado, gera a falta de recursos para ações necessárias no âmbito local e acúmulo de recursos destinados especificamente para ações menos importantes neste âmbito.

¹ Brasília (DF), Brasil. gabinete@conasems.org.br



6 - Pacto Federativo

Quem executa deve ter a prerrogativa de aporte de recursos tributários suficientes. Atribuições municipais frente às responsabilidades constitucionais da saúde e a estrutura tributária vigentes necessitam ser revistas.

I - Introdução

Este documento está elaborado de forma a apresentar as proposições técnicas e políticas para um diálogo entre a representação municipal¹ da área da saúde pública com os candidatos ao cargo majoritário federal, bem com os estaduais nas eleições de 2018. Está organizado de forma a facilitar a leitura inicial das principais proposições e sugestões, seguida de coletânea de justificativas técnicas que partem de uma análise situacional e estratégica, bases para os diálogos iniciais.

O Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

O movimento da reforma sanitária brasileira, durante o processo de redemocratização do País, participou em 1986 da VIII Conferência Nacional de Saúde e viu suas teses debatidas e aprovadas. Estas teses subsidiaram a construção dos direitos e garantias disciplinados para área da saúde na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Desde seu início, o movimento dos secretários municipais de saúde viu sua participação aumentar gradativamente, fazendo surgir uma organização mais fortalecida, ampliando a participação dos municípios na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, constitui-se o Conasems no ano de 1988. Em 2011 a Lei nº 12.466 alterou a Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080/90², e estabelecendo legalmente tal representação, já delineada na Lei nº 8142/90³.

Assim, Conasems e SUS nascem conjuntamente e ambos completam trinta anos de criação no ano de 2018, entretanto outras

coincidências se registram. O Conasems tem sua história estreitamente ligada à criação, implementação, fortalecimento e defesa deste sistema, considerado uma das políticas de maior inclusão social do mundo. Nos momentos que antecederam a conquista do SUS e nos anos iniciais de sua construção, foi no espaço municipalista que muitas das políticas de atenção à saúde foram e ainda são formuladas e experimentadas de forma criativa, sempre considerando as necessidades e potencialidades locais.

É no município que vivem as pessoas, portanto, cumpre a este exercer o papel essencial na garantia e efetivação de muitos direitos, entre eles o direito à saúde. Essa proximidade com os cidadãos permite evidenciar necessidades e especificidades locais, o que torna os gestores municipais do SUS os principais responsáveis pela concretização da produção do cuidado, tanto nos serviços de média e alta complexidade como especialmente na Atenção Básica, bem como no processo de articulação da integralidade da atenção à saúde de seus municípios, o que é fundamental para a universalização do direito à saúde.

Contudo, a gestão tripartite do SUS, partilhada pelas esferas federal, estadual e municipal, como uma das primeiras expressões do federalismo norteado pela Constituição de 1988, exige capacidade de diálogo e de escuta qualificada, para que a autonomia de cada um dos entes seja respeitada. Vale ressaltar que a construção coletiva deste sistema envolve o gestor Federal, 27 gestores estaduais e 5.568 gestores municipais, e é papel fundamental do Conasems, representar o coletivo de secretarias municipais de saúde, nesta relação coordenada entre os entes. Este órgão colegiado congrega os 26 Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e as 5.568 Secretarias Municipais de Saúde e seus respectivos Secretários para atuarem em prol da melhoria da saúde da população, da construção de um acesso universal e igualitário às ações e serviços público de saúde, promovendo ações conjuntas integradas e intersetoriais.

A representação dos gestores municipais mencionada refere-se à participação nos espaços de discussão, pactuação e deliberação do SUS, tais como as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) nos estados, a Tripartite (CIT) no âmbito federal e os Conselhos de Saúde Estaduais (CSE) e Nacional (CNS), entre outros foros.

Na história da democratização da saúde, que se estende até os dias de hoje, o Conasems segue em defesa do SUS, de seus princípios e diretrizes, bem como na luta pelo financiamento adequado e suficiente, e a permanente qualificação da gestão e dos gestores. Vale destacar que mesmo sujeito ao subfinanciamento histórico, o SUS produz anualmente quatro bilhões de procedimentos ambulatoriais, 1,4 bilhão de consultas médicas, 11 milhões de internações, 19 milhões de procedimentos oncológicos, 3,1 milhões de procedimentos de quimioterapia e movimenta 98% do mercado de vacinas brasileiro (Fonte – Ministério da Saúde/2014). Considera-se como prioridade do SUS e dos municípios a regionalização e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que dialogue com as diversidades loco regionais, bem como com a situação de vulnerabilidade de algumas populações, pois isso impacta significativamente na capacidade de resposta do sistema às necessidades de saúde em cada município.

A história do Conasems sempre esteve relacionada às políticas de saúde, independente de matiz partidária, o que garante a participação de todas as orientações políticas que se somam ao SUS para atender ao desafio de garantir o direito à saúde aos mais de 200 milhões de brasileiros, conforme garantido na Constituição Federal, considerando as dimensões continentais do País, bem como a diversidade existente, atendendo com qualidade todos os cidadãos, independente de gênero, raça, cor, etnia, religião, classe social ou procedência. No esforço de garantir o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros é que o Conasems apresenta, neste documento, suas principais pautas e defesas que considera como pontos essenciais e que merecem especial atenção diante do cenário atual.

II - Propostas Resumidas

1 - Modelo de Atenção e redes de atenção à Saúde

A ausência de governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS) reflete o desequilíbrio na relação interfederativa e dificulta a garantia da integralidade na atenção.

Ainda há uma grande disputa entre o sistema e as corporações e o setor privado sobre o modelo de atenção e gestão, o que dificulta o cumprimento das responsabilidades constitucionais na saúde.

» Modelo de atenção à saúde que elimine a verticalidade dos programas ministeriais e estaduais, fortalecendo a integralidade e ponderabilidade destes programas em relação aos condicionantes e determinantes loco regionais. Organizar o sistema de saúde, com foco nas ações e serviços em conformidade com as necessidades das pessoas e territórios.

» Aportar financiamento compatível para garantir os investimentos e recursos necessários à implementação da regulação da integralidade.

» Implantar a regulação com a participação da Atenção Básica e referência que considere a residência do usuário e o seu deslocamento.

» Atualização da política nacional de assistência hospitalar, considerando as necessidades regionais, e a logística disponível.

» Examinar a política nacional de urgência e emergência, com regulação não territorial.

» Fortalecer o enfrentamento dos agravos, como sífilis, malária, dengue e outras arboviroses, a violência, ampliando e apoiando ações intersetoriais.

» Desenvolver e organizar a RAS para

responder as necessidades de saúde da população, tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.

» Aprimorar o modelo de gestão e de atenção no SUS para enfrentar as limitações do gasto com pessoal impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

» Modernização do arcabouço jurídico, no que se refere à Administração Pública, que atualmente não se adequa à complexidade da implementação das Políticas Públicas.

» Repactuar uma política de assistência farmacêutica que reflita as condições atuais do Pacto Federativo.

» Desburocratizar o processo descentralizando-o, considerando o Pacto Federativo nas responsabilidades pelo investimento e custeio.

» Regulamentar e incorporar formas de dar visibilidade às produções do SUS fora dos padrões de registro, como os consórcios e outras estruturas administrativas.

» Cumprir normativa para o fortalecimento do papel das instâncias gestoras do SUS, considerando suas atribuições. Considerar a formalização das regiões que contemplem municípios de mais de um Estado, com menos entraves políticos administrativos.

2 - Governança e regionalização

A efetiva regionalização dos serviços de saúde, e o necessário aumento de capacidade de sua governança que considere o papel dos entes da federação e o aprimoramento dos espaços de gestão regional são os desafios na construção da saúde.

» Fortalecer o apoio institucional como uma política de saúde com atribuições específicas para cada ente, visando qualificar o processo de regionalização e planejamento ascendente.

» Rever o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), considerando os custos reais desta logística, em especial o da Região Amazônica.

» Implantar a estratégia da revisão da regionalização a partir dos critérios estabelecidos na resolução CIT 37. Regionalização Amazônica com a logística própria para a região considerando as especificidades regionais como o caso da Amazônia e do sertão nordestino.

» Institucionalizar um Plano Diretor de Investimento (PDI) que reflita as condições atuais do Pacto Federativo.

» Repactuar uma política de assistência farmacêutica que reflita as condições atuais do Pacto Federativo.

» Implantar um sistema de informação e planejamento que expresse a região de saúde em tempo suficiente para a elaboração do processo de planejamento ascendente dos estados – módulo gestão regional do DigiSUS (estratégia e-Saúde) para planejamento.

» Adequar o processo de monitoramento regional da Rede de Atenção a fim de expressar a direcionalidade política institucional, garantindo transparência plena.

» Priorizar o processo de regionalização na organização do sistema de saúde integral e desfragmentado.

» Fortalecer a participação da comunidade no processo de regionalização.

» Estabelecer um processo de governança regional que expresse a dimensão não corporativa e autonomia dos entes no SUS.

3 - Trabalhadores do SUS

Grande parte do trabalho em saúde é de relação humana e em todos os espaços necessita

quantidade, disponibilidade e qualificação específica.

Para o cumprimento das responsabilidades constitucionais em saúde com qualidade e garantia de acesso, o limite da LC 101/2002 é um desafio a ser enfrentado.

» Atualizar a Política Nacional de Educação Permanente.

» Pesquisar formas/programas para provimento de outras categorias de profissionais para as ações regionalizadas à semelhança do Programa Mais Médicos.

» Adequar a LC 101/2002 – LRF quanto ao trabalho na saúde, evitando a precarização dos vínculos empregatícios que inviabiliza a formação de uma inteligência para o SUS.

» Ampliar o Programa Mais Médicos (PMM), inclusive para municípios ainda não aderidos, alcançando outras estruturas organizacionais como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e outras.

» Adequar normativas sobre o financiamento da Atenção Básica quando da ausência de profissionais do PMM, evitando o descredenciamento das equipes enquanto aguardam a reposição destes médicos.

» Cumprir o estabelecido na Lei nº 12.871/2013 do PMM sobre o eixo de formação dos profissionais de saúde, com a ampliação de vagas para a graduação e a universalização da residência médica.

4 - Judicialização

A discussão do acesso justo e equitativo à saúde não pode ser feita descolada da premissa de que o SUS tem recursos finitos.

» Fortalecer a regulação da introdução de novas tecnologias no SUS, destacando a importância

da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), cuja criação pela Lei nº 12.401/11 é uma das grandes conquistas do SUS e resultado amadurecimento da discussão da judicialização da saúde.

» Atuar junto ao Poder Legislativo a fim de que seja elaborada uma legislação destinada a regulamentar, com mais precisão, o fornecimento de medicamentos, produtos e procedimentos no SUS, para que estes atendam aos princípios do SUS, e garanta a segurança do paciente, evitando a desorganização da gestão do sistema ocasionada pela Judicialização.

» Estimular as iniciativas que aproximem os atores dos sistemas de saúde e de justiça, que priorizem a solução extrajudicial dos conflitos, reforçando o setor saúde como protagonista na garantia do acesso a ações e serviços públicos de saúde, e ainda minimizando o processo de criminalização da gestão neste caso.

» Envidar esforços para que o Poder Judiciário amplie Varas Especializadas em Saúde, bem como os Núcleos de Apoio Técnico (NATs) especializados em saúde produtores de informação técnica que orientam magistrados e demais atores do sistema de justiça.

5 - Financiamento

O subfinanciamento do SUS com a retração do financiamento Federal, acrescido de um orçamento fragmentado, gera a falta de recursos para ações necessárias no âmbito local.

» Criar e regulamentar novas fontes de recursos específicos para saúde, com caráter progressivo (quem mais dispõe de recursos deve pagar mais). Novas fontes poderiam envolver: revisão da tributação sobre heranças (Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação – ITCMD), além da regulamentação da taxação sobre grandes fortunas, lucros e dividendos destinados à Seguridade Social.

» Rever a Política de renúncia fiscal visando à ampliação do financiamento da saúde.

» Desenvolver e aprovar a metodologia para os critérios de rateio como expresso na LC 141/2012.

» Revogar a Emenda Constitucional 95/2016.

» Dar nova regulamentação ao financiamento do SUS, considerando o seu modelo de atenção, gestão e governança.

» Ampliar o financiamento para pequenos municípios na Atenção Básica.

» Estabelecer normativas que considerem como componente do montante de recursos de investimento mínimo em saúde apenas o efetivamente pago, desconsiderando os restos a pagar.

» Estabelecer uma Política Nacional de Gestão de Custos em Saúde no SUS, considerando a diversidade regional e a participação dos três entes da Federação.

6 - Pacto Federativo

Quem executa deve ter a prerrogativa de aporte de recursos tributários suficientes.

Atribuições municipais frente às responsabilidades constitucionais da saúde e a estrutura tributária vigentes necessitam ser revistas.

» Rever o Pacto Federativo considerando as atribuições dos entes frente ao SUS e os tributos arrecadados, estabelecendo uma reforma fiscal justa.

» Cumprir o pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do sistema que necessariamente, envolve aspectos técnicos, tributários, culturais.

» Redefinir a estrutura e atribuições da gestão.

III - Discussão Técnica

1 - Modelo de Atenção e Rede de atenção à saúde

MODELO DE ATENÇÃO

Quando atualmente se fala em modelo de atenção, tem-se como consenso no SUS, o sentido de atenção à saúde como a expressão das ações assistenciais somadas às ações e serviços de proteção e promoção. Um modelo de atenção espera-se capaz de organizar a estrutura e funcionamento de todo o sistema de saúde, em especial a sua atividade fim.

Modelo de atenção à saúde pode ser definido como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas⁴. (Paim, 2008).

No Brasil, embora tenhamos leis e regulamentos que norteiam a construção de um modelo de atenção, convivemos com diversos modelos oriundos de nossa experiência e disputas. Estes diferentes modelos⁵, ainda anacronicamente vigentes, expressam diferentes resultados na história da saúde brasileira. Colaboram para isto, a enorme diversidade e dimensões territoriais e institucionais de nosso País, onde este ou aquele modelo estão instituídos pelo acúmulo cultural, acadêmica e experiência profissional local. Na maior parte destes territórios ou instituições a discussão e crítica sobre o modelo vigente ou não estão pautadas ou enfrentam interesses econômicos e corporativos, muitas vezes enraizados culturalmente e de difícil mudança.

As discussões sobre a necessidade de mudanças do modelo assistencial ganharam força no final dos anos de 1970 com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. A crítica ao modelo de saúde dominante à época no Brasil, altamente centralizado, fragmentado e restrito

às ações curativas apontava a necessidade de profundas transformações. De uma maneira simplificada, segue abaixo um resumo dos

mais importantes modelos vigentes e em disputa atualmente no País, extraído do texto do Jairnilson.

MODELO	CARACTERÍSTICAS
MÉDICO ASSISTENCIAL PRIVATISTA	Centrado na clínica, na demanda espontânea e na atenção médica individual, ênfase nas especialidades. Modelo defendido pela maioria das escolas médicas e organizações médicas brasileiras.
MÉDICO HEGEMÔNICO	Hospitalocêntrico, desconsidera os determinantes sociais na saúde/doença. Saúde como bem de consumo vendido pelos serviços.
SANITARISTA	Foco nos modos de transmissão e fatores de risco coletivos. Traços autoritários e de organização vertical.
CAMPANHAS SANITÁRIAS	Não contempla a integralidade da atenção, centralista.
PROGRAMAS ESPECIAIS	Fundamentos de planejamento e programação, com verticalidade tutelante e prescritiva.
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA OU "MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA"	Estratégia tida como organização do sistema, com bases na territorialização e nos atributos da atenção primária em saúde, expressa na política nacional de Atenção Básica. Tem como fundamento a integralidade em suas diversas dimensões e o trabalho em equipe multiprofissional desenvolvido com interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Este é o modelo preconizado pelo SUS, em suas normativas.

O resumo acima já identifica as dificuldades por suas características, não sendo objeto aqui de aprofundamento conceitual ou maior análise, senão como um momento para reafirmação da necessidade de mudança dos modelos vigentes em direção ao modelo organizado a partir da Atenção Básica.

São incontáveis as publicações científicas^{6,7} que demonstram a maior qualidade da Estratégia de Saúde da Família e sua capacidade de mudar não só a saúde individual como a coletiva, enfrentando os problemas equacionando necessidades, com promoção e proteção e com participação da comunidade. O SUS preconiza a integralidade do cuidado, garantia do acesso, regionalização e descentralização dos serviços, resolutivo e voltado às necessidades das pessoas.

Portanto, para mudar a lógica do modelo hegemônico faz-se necessário promover mudanças também nos lócus de prestação do cuidado, buscando intervir nos problemas de saúde de forma mais precoce e longitudinal, ou seja, com possibilidades de acompanhamento dos indivíduos em seus contextos familiares e territoriais.

Nesse sentido, a organização da rede básica de saúde representa a melhor solução.

MODELO DE GESTÃO E RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO

O aprimoramento do modelo de gestão para o SUS, que considere soluções para a sua qualificação e o cumprimento de suas responsabilidades constitucionais são vitais para a sua missão. Entre estas questões ainda não suficientemente regulamentadas estão as fundações públicas, os consórcios e outros modelos, que hoje compõem o arcabouço administrativo dos serviços do SUS e ainda não são considerados, gerando o que conhecemos como o SUS INVISÍVEL. É dramático que após trinta anos de SUS ainda não se tenha equacionado questões, como, por exemplo, a não contabilização da produção dos consórcios municipais de saúde como produção do SUS.

Enfim, qual o papel do setor privado nesta composição? Como aprimorar a relação atual entre a saúde suplementar e o SUS? Qual a organização necessária da saúde suplementar

em relação ao acesso no SUS, considerando a ausência de definição da atenção primária em sua organização, diferentemente do que acontece nos demais países? São questões que necessitam ser pautadas no espectro político nacional para o aprimoramento do modelo e do próprio sistema.

Em qualquer comparação que se faça entre o SUS e outros sistemas universais de saúde⁸ observa-se um financiamento insuficiente no caso brasileiro, em geral menos da metade do executado nestes países, e assim ainda estes determinam limites da integralidade, diferentemente do que ocorre no Brasil.

Na Constituição da República Federativa do Brasil, a definição de SUS, está relacionado a organização dos serviços.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - Participação da comunidade [grifo nosso].

A Portaria nº 4279/2010⁹ expressa um acúmulo de discussão sobre esta Rede de Atenção à Saúde – RAS. Define a RAS como:

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Portaria 4279/2010).

Assim, pode-se afirmar que a busca da integralidade visa a qualificar o cuidado em saúde a partir da Atenção Básica. É a base para que a esta atenção seja completada naquilo em que não é próprio deste nível de atenção.

O SUS acumula um histórico de tentativas de

organização desta rede, e enfrenta dificuldades para isto, vinculadas ao processo de regionalização, governança, modelo de atenção, atribuições dos entes e financiamento das ações regionais.

Na perspectiva do financiamento regional da RAS apresenta-se como uma das grandes dificuldades deste processo. O Ministério da Saúde historicamente financia o sistema por incentivos e não pelo custo real que se expressa segundo as peculiaridades das diferentes regiões do País. Isto significa que o município que comporta serviços regionais como referência para a RAS não recebe os recursos para o pleno funcionamento destes serviços de referência na região de saúde. Desta forma, acaba por aplicar recursos próprios para viabilizar os atendimentos, numa evidente inconstitucionalidade na medida em que utiliza recursos de impostos municipais para atender pacientes de outros municípios.

Entretanto, em vários estados, o conjunto de gestores municipais e estaduais têm pactuado, organizado uma RAS, ainda que com insuficiências, mas próxima de sua missão de garantir o cuidado pleno. Outros ainda carecem de mudanças culturais e institucionais para a sua organização. Em todos os casos a insuficiência de custeio é muito grave.

Cabe à representação municipal questionar os órgãos de controle externo sobre qual a atitude para coibir o não cumprimento por parte de alguns estados do mínimo constitucional, que se responsabiliza pelo financiamento equitativo regional, ou se esta cobrança vai continuar a ser feita exclusivamente a aqueles municípios que não o fazem?

Não se pode justificar a falta de interesse em organizar a RAS pela falta de recursos financeiros. Financiar sem organizar é desperdício de recurso público, da mesma forma que organizar sem rever o financiamento é não cumprir as atribuições federativas dos entes. Neste caso, não se pode analisar esta deficiência apenas pela perspectiva do financiamento, mas de uma compreensão global da política pública de saúde, e suas relações com o Estado brasileiro, que é objeto deste diálogo.

No processo de estabelecimento do modelo de atenção à saúde e a RAS é necessário se ter em mente que as escolas para a formação de profissionais de saúde raramente têm como foco o SUS, se limitando ao modelo centrado no hospital e no médico. Da mesma forma, pactuada uma RAS regionalizada não significa que funciona como pactuado imediatamente. Necessitará de um desenvolvimento de novas habilidades profissionais, até pela sua formação para fora do SUS e a compreensão do papel do serviço na RAS, o que não se faz sem um permanente apoio para o funcionamento, sempre no sentido do paciente como centro da ação. O apoio institucional e matricial pode facilitar este desenvolvimento¹⁰. Neste sentido, o SUS carece de uma política pública de saúde para o apoio, com definição das atribuições sem que haja disputa entre os entes. O desafio maior é fazer funcionar o modelo de atenção determinado pelo SUS.

2 - Governança e regionalização

Quando se fala que o problema do SUS é gestão faz-se necessário analisar e entender com mais profundidade sobre esta questão. De fato, a insuficiência de financiamento do sistema sem dúvida é um dos mais importantes componentes desta questão, mas não a única. E mais ainda, o subfinanciamento da saúde agrava os problemas de gestão do sistema.

Inicialmente, como relatado na introdução do presente documento, há uma relação indissociável entre gestão e governança. No caso do SUS, a questão da governança é objeto de estudos e transformações que está a se discutir junto ao Tribunal de Contas da União (TCU)¹¹, à Comissão Intergestores Tripartite e ao Conselho Nacional de Saúde.

O estabelecimento de pactuações regionais na atribuição de responsabilidades de cada ente da Federação é determinado em leis e decretos¹² que regulamentam a organização do sistema. Dada à situação atual de financiamento da saúde, esta ação pode significar a definição de quem está disposto a assumir

um maior comprometimento orçamentário próprio, o que, no caso dos municípios, já está muito acima do determinado em Lei¹³. Fato é que, apesar destas limitações, as pactuações têm ocorrido, em maior ou menor grau, por região de saúde.

Os gestores municipais estão dispostos a encontrar uma solução para a organização regional dos serviços de saúde. Entretanto, o que se observa é que mesmo pactuado esta organização, estas redes regionais acabam por não atender as necessidades locais, em especial aos de pequenos e médios municípios, pois o acesso a serviços regionalizados acaba por ser limitado, desqualificando a Atenção Básica (AB) por não ver respondidas suas demandas locais a serviços especializados¹⁴, limitados a uma oferta que cria vazios assistenciais.

A partir do Decreto Presidencial nº 7.508/2011, foram organizadas 438 regiões de saúde no Brasil. Ocorre que muitas delas não atendem as diretrizes da ‘resolução CIT 1 de 2011’¹⁵, em especial a garantia do acesso da população as ações e serviços público de saúde.

Art. 3º Constituem-se objetivos para organização das Regiões de Saúde, sem prejuízo de outros que venham a ser definidos, os seguintes:

I - Garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um padrão de integralidade;

II - Efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades; e

III - Buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e eficiência na rede de atenção à saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros entre outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais (Resolução CIT 1/2011).

A questão que se coloca é que muitas vezes estas regiões não se constituem em foros onde a governança da rede se dá em seus limites, gerando disputa entre regiões ou restrição do acesso. Está evidente que se faz necessário rever o espaço de gestão destas regiões, incorporando em maior grau a governança da RAS¹⁶.

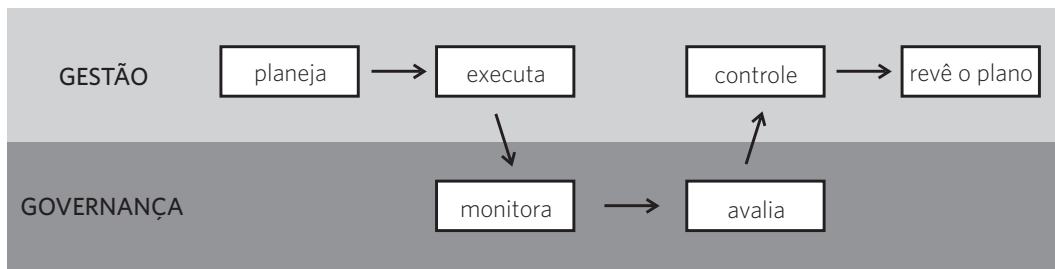
A regionalização em saúde, deste modo, implica na subdivisão do universo espacial e populacional, objeto de um sistema de saúde, correspondente e inserida num processo de descentralização/centralização. Este processo deve garantir a macro organicidade e a operacionalização da Região de Saúde, em termos de cobertura e acesso, com ações de saúde compatíveis com as características, necessidades e demandas de cada um e de todos esses conjuntos espaciais e populacionais, com eficiência e impacto nas condições de saúde.

A regionalização deve possibilitar e racionalizar o acesso do usuário, de forma a garantir

aos cidadãos um conjunto de ações e serviços de saúde o mais próximo possível da sua residência, com qualidade, assim como a ampliação da garantia do princípio da integralidade, principalmente ao facilitar o acesso aos níveis de atenção secundária e terciária.

Assim, há um grande esforço tripartite no sentido de redefinir a governança e o processo de regionalização, sem que se percam as experiências positivas atuais das 438 regiões instituídas, especialmente como espaço de trocas de experiências entre as regionais estaduais e entre os municípios desta região. Entretanto, o esforço é no sentido de garantir uma maior governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e das demais ações e serviços regionalizados. A Resolução CIT 23 de 2017¹⁷ estabelece este objetivo.

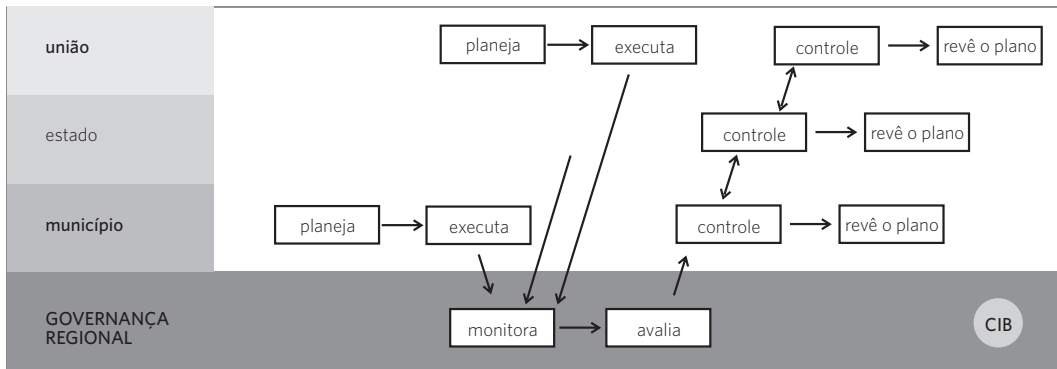
O diagrama abaixo apresenta uma síntese do entendimento do TCU, quanto à relação entre governança, gestão e planejamento.



Mardes, J A R, em Governança Pública: o desafio do Brasil
 Editora Forum, Belo Horizonte, 2016

O TCU, encarregado de controle e fiscalização da aplicação dos recursos públicos federais, tem demonstrado por meio de diversos acórdãos, grandes preocupações quanto ao planejamento, gestão e governança do SUS. Na visão do TCU, a gestão é o componente diretivo de uma estrutura definida pela governança

e, portanto planejar é um dos atributos da gestão. Entretanto, este entendimento não expressa a complexidade do papel da gestão no SUS quanto ao planejamento. Na perspectiva regional, pode-se transpor o entendimento do TCU da seguinte maneira, minimizando a visão de governança corporativa.



É necessário que a governança regional amplie sua dimensão, incorporando gerentes e coordenadores de serviços que estão organizados em rede a partir do que foi pactuado, qualificando o monitoramento e avaliação, em um foro no qual ocorre a participação destes ou de seus representantes, reproduzindo experiências positivas desenvolvidas em alguns Estados onde esta participação está organizada.

Neste sentido, a CIT aprovou a Resolução 37 de 2018¹⁸ a qual define diretrizes para o processo de regionalização, a partir da necessidade de um planejamento regional integrado, vinculado à implementação e qualificação da RAS.

Art. 3º O espaço regional ampliado que garanta a resolutividade da RAS será denominado de macrorregião de saúde e deve ser instituído pelas CIB no processo de planejamento regional integrado, coordenado pelos estados em articulação com os municípios e a participação da União, tendo como base a configuração das regiões de saúde existentes, observando os seguintes critérios:

- I. Conformação regional [...].
- II. Contiguidade territorial [...]. (Resolução 37 de 2018).

A ampliação da dimensão dos espaços regionais visa a qualificar o processo de planejamento ascendente a partir deste, o que confere maior possibilidade de gestão da RAS.

Art. 5º O Comitê Executivo de Governança da RAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB deverá ser instituído na macrorregião de saúde, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS e fornecerá subsídios para a tomada de decisão na macrorregião bem como contribuirá para a efetivação dos acordos pactuados nas CIB e CIR, conforme a Resolução CIT nº 23/2017 (Resolução 37 de 2018).

Esta ampliação deve aumentar a governança regional, atribuindo à CIB a responsabilidade de monitorar e avaliar, através de um comitê executivo, subsidiando os gestores a revisão eventual do planejamento. Neste caso é evidente a preocupação da CIT em considerar o planejamento como um processo permanente.

Estes movimentos das revisões normativas do SUS implicam na necessidade de uma série de substratos que necessitarão aprimoramento. Trata-se de um novo desafio que para ser superado irá requerer a revisão do processo de financiamento regional. Outra questão importante é a necessidade de um sistema de informação inserido no DigiSUS (estratégia e-Saúde), que garanta o processo de monitoramento do desempenho da RAS, de forma a que o foro regional possa estabelecer uma avaliação sobre a realidade do funcionamento dos serviços em rede, subsidiando enfim a CIB na tomada de decisões necessárias à adequação das ações regionais.

Com a necessidade de cumprimento no disposto na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 (LC 141/2012) o qual estabelece a necessidade da instituição de metodologia para os critérios de rateio do financiamento federal e estadual para o cumprimento do artigo 30, inciso VII da Constituição Federal, fica evidente a necessidade do desenvolvimento de sistemas de informação e de mecanismos de governança que facilitem o monitoramento das ações e serviços públicos de saúde e uma política nacional de monitoramento garantindo assim transparência e a integração.

3 - Trabalhadores do SUS

A municipalização da saúde constitui a concretização efetiva da descentralização da saúde, atendendo os dispositivos constitucionais e a Lei Orgânica da Saúde. É também a oportunidade para democratização do SUS, a partir do compartilhamento das decisões com o poder local e a ampliação da eficiência e efetividade da gestão, com a participação da comunidade. Essa aproximação entre Estado e população em espaços onde as pessoas vivem alarga a base da esfera pública e constitui uma possibilidade concreta de tornar menos perversos os efeitos da globalização ao incorporar minorias excluídas em arenas de decisão de políticas públicas.

Quando a municipalização é realizada de forma incompleta, como é o caso do que está ocorrendo desde a década de 1990, insuficiente, com transferência inadequada de recursos e mantendo uma legislação restritiva, para que os municípios exerçam o papel que lhes é destinado, seu alcance fica limitado e controverso. O Conasems defende o aprofundamento da municipalização da saúde, com superação dos entraves que persistem para sua efetivação plena. Nessa perspectiva torna-se fundamental a revisão do Pacto Federativo e ampliação dos municípios na receita tributária nacional.

A expansão da oferta de serviços do SUS ampliou bastante os postos de trabalho na área pública, que atualmente conta com mais de quatro milhões de trabalhadores. Como essa expansão

coincidiu com a descentralização, as novas contratações foram realizadas em sua grande maioria por parte pelos municípios. Os recursos insuficientes e dificuldades legais para gastos com pessoal expresso na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) além de delimitados percentuais da receita estão trazendo problemas para a manutenção e expansão necessária do quadro atual, o que se agrava com a atual crise econômica e com a diminuição da arrecadação tributária.

É responsabilidade do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde (Artigo 200 da Constituição Federal), portanto cabe também aos municípios participar ativamente de iniciativas que tenham por finalidade promover a formação técnica e ética de profissionais para atuação no SUS. Aqui se registra outro conflito a equacionar, com a autonomia das universidades em ordenar esta formação. Torna-se importante na superação dos desafios do SUS pelos municípios desvincular o gasto com pessoal do gasto com a assistência à saúde.

É fundamental ter uma política mais adequada para a área, que abranja a solução de problemas inerentes a financiamento, legislação, aspectos de formação e aperfeiçoamento profissional, carreira e condições de trabalho que impliquem também em mudanças nos processos de trabalho e nos modos de produzir saúde, entre outras. Segundo Merhy (2002)¹⁹ a finalidade do trabalho em saúde é a produção do cuidado individual ou coletivo, na busca da cura e da saúde. Para produzir o cuidado, os trabalhadores da saúde operam saberes tecnológicos, de expressão material e não material.

Já em 2002, segundo relatório do Conselho Nacional de Saúde²⁰ “a conformação de sistemas municipais, microrregionais e regionais de saúde que garantam a integralidade do cuidado ainda está por ser construído”. Entretanto, registra-se ainda em 2018 velhos desafios do SUS, e pior mais atuais do que nunca: a regionalização, o financiamento adequado, a formação e constante necessidade de qualificação e atualização da força de trabalho, entre outras de igual relevância.

O Programa Mais Médicos (PMM), instituído pela Lei nº 12.871/2013, é um ótimo exemplo de experiência, recente e muito bem sucedida, de financiamento compartilhado para o provimento, formação e educação permanente de força de trabalho no SUS. Iniciativa que pode ser estudada, aperfeiçoada e ampliada, alcançando as equipes de saúde da família e outras estruturas organizacionais, por exemplo, da Atenção Básica (Núcleos Ampliado de Saúde da Família – Nasf, Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, outras). No entanto, o eixo da formação do programa, estruturante para o SUS, ficou estagnado e urge a sua retomada para que se cumpra o estabelecido na Lei, quanto a ampliação de vagas de graduação e a universalização da Residência Médica até 31 de dezembro de 2018.

As dificuldades para um bom funcionamento dos serviços regionalizados necessários vão do processo de regulação à assistência e transporte sanitário pensados nos usuários. As dificuldades de financiamento acabam por não disponibilizar profissionais com a formação especializada adequada às demandas regionais. Assim, o Conasems propõe estudos para que se possa viabilizar uma estrutura de aporte de profissionais a semelhança do que se conseguiu disponibilizar-se com o PMM.

Expressa na Lei nº 8.080/1990, ainda hoje a Nação brasileira é devedora ao SUS de uma “política de recursos humanos”, sendo urgente sua discussão, proposição e implementação com comprometimento de Ministério da Saúde, Estados e Municípios, incentivos e apoio técnico e financeiro para a organização de uma política de recursos humanos do SUS, com estudos para carreiras e planos de carreiras viáveis e sustentáveis, em longo prazo, nos municípios. Isto inclui a necessidade de um processo estável de atualização e ou adequação das habilidades necessárias dos profissionais de saúde frente às novas demandas sanitárias locais. É fundamental rever a Política Nacional de Educação Permanente para sustentar a estrutura proposta de qualificação regional e da RAS.

4 - Judicialização

A Judicialização da saúde cresce exponencialmente nas três esferas de governo e nos municípios o crescimento é expressivo especialmente por ser o ente mais próximo do cidadão e o mais fácil de ser notificado pelos órgãos do sistema de justiça. Muitas vezes, em detrimento as competências estabelecidas são obrigadas ao fornecimento de procedimentos e medicamentos que não são de sua capacidade de atendimento, o que demonstra desconhecimento ou desconsideração à divisão de responsabilidade entre os entes federados existente no SUS.

Considerando que 70% dos municípios brasileiros possuem menos de 20 mil habitantes e 90% menos de 50 mil, muitas destas ações chegam a consumir uma considerável parcela de seu orçamento, podendo trazer prejuízos ao fornecimento dos serviços de saúde planejados e que deveriam ser executados para toda a população.

Adicione-se a esse cenário a crescente criminalização dos gestores públicos que, muitas vezes, sofrem sanções de natureza pessoal, inclusive decretação de prisão, pelo descumprimento de determinações judiciais cujo cumprimento era impossível no tempo e da forma exigidos ou não estavam sob sua governabilidade.

O Conasems defende que a garantia do direito à saúde deve considerar critérios científicos consistentes, a imprescindível segurança para os usuários e a observância do direito coletivo como um valor que deve prevalecer em regra frente às demandas individuais. Nesse sentido, a atuação do Poder Judiciário e demais atores do sistema de justiça na solução de demandas da saúde não deve ferir os princípios e diretrizes do SUS do acesso universal e igualitário às ações e serviços, da integralidade e da equidade.

Além disso, a discussão do acesso justo e equitativo à saúde não pode ser feita descolada da premissa de que o SUS tem recursos finitos e que não é possível, e isso é válido em qualquer

país do mundo, mesmo nos mais ricos e com sistemas de saúde mais robustos, oferecer acesso a toda e qualquer tecnologia de saúde disponível. Desse modo, o entendimento comum no sistema de justiça de que a Constituição Federal não impõe qualquer restrição ao direito fundamental à saúde, de modo que não cabe ao intérprete assim proceder, é uma posição descolada de uma análise sistêmica.

Decidir o que será e o que não será ofertado com recursos públicos para os usuários do sistema de saúde é uma medida indispensável, independentemente da riqueza do país ou da forma como seu sistema está estruturado. E esse é o norte que deve orientar aqueles que discutem e que decidem sobre o alcance do direito à saúde no País, além da preocupação primordial que é com o bem-estar e a segurança dos usuários.

5 - Financiamento

Dados históricos, disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops, demonstram que o gestor federal do SUS, em detrimento ao seu maior poder de arrecadação de tributos, próximo a 59% da carga tributária brasileira²¹, vem migrando a responsabilidade do financiamento aos estados e municípios no

decorrer das últimas décadas. No ano de 1993, a União foi responsável por 72% de todo gasto total do sistema de saúde, contra os 42% em 2017, enquanto os dois outros entes da Federação duplicaram seus percentuais, respectivamente 25% os Estados e 32% os municípios²². Tal situação vem se agravando a partir da necessidade de respostas às demandas crescentes de saúde e o consequente aumento de aporte de recursos próprios municipais em ações e serviços de públicos de saúde.

Nos últimos 16 anos a média anual de aplicação dos recursos próprios municipais em saúde subiu 10 pontos percentuais, atingindo 24% em 2017. Mais alarmante é o fato de que em 2017 o valor total aplicado pelos municípios, ‘acima do mínimo’ constitucionalmente estabelecido, ultrapassou R\$31 bilhões, o que representa o total de todo Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) arrecadado no País. É em meio a este cenário de grandes mudanças no País, com a saúde pública historicamente subfinanciada, registrando crescimento populacional, aumento das doenças crônicas e as crescentes responsabilidades assistenciais e financeiras por parte dos Municípios, o Conasems apresenta os principais pontos que devem ser abordados neste diálogo com os candidatos.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PIB - (Valores em milhões R\$)	1.488.788	1.717.951	1.957.750	2.170.584	2.409.450	2.720.263	3.109.803	3.333.039
População	171.527.112	172.693.583	173.803.626	181.610.526	184.197.943	181.111.419	186.212.228	188.622.177
Despesa (Valores em mil R\$) (A)	24.736.843	27.181.155	32.703.495	37.145.779	40.750.155	44.303.496	48.670.190	58.270.259
Federal Despesa por habitante (Valores em R\$) (B)	144,22	157,4	188,16	204,54	221,23	244,62	261,37	308,93
Proporção do PIB (%) (C)	1,66%	1,58%	1,67%	1,71%	1,69%	1,63%	1,57%	1,75%
Despesa (Valores em mil R\$) (D)	10.447.105	12.904.186	17.272.899	19.664.416	22.978.253	25.969.634	30.976.460	32.274.085
Estadual Despesa por habitante (Valores em R\$) (E)	60,91	74,72	99,38	108,28	124,75	143,39	166,35	171,1
Proporção do PIB (%) (F)	0,70%	0,75%	0,88%	0,91%	0,95%	0,95%	1,00%	0,97%
Despesa (Valores em mil R\$) (G)	12.029.688	13.765.417	16.409.723	20.287.287	23.568.595	26.426.564	32.471.345	34.542.847
Municipal Despesa por habitante (Valores em R\$) (H)	70,13	79,71	94,42	111,71	127,95	145,91	174,38	183,13
Proporção do PIB (%) (I)	0,81%	0,80%	0,84%	0,93%	0,98%	0,97%	1,04%	1,04%
Despesa (Valores em mil R\$) (A+D+G)	47.213.635	53.850.758	66.386.118	77.097.481	87.297.003	96.699.694	112.117.994	125.087.191
Total Despesa por habitante (Valores em R\$) (B+E+H)	275,25	311,83	381,96	424,52	473,93	533,92	602,1	663,16
Proporção do PIB (%) (C+F+I)	3,17%	3,13%	3,39%	3,55%	3,62%	3,55%	3,61%	3,75%
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
PIB - (Valores em milhões R\$)	3.885.847	4.376.382	4.814.759	5.331.618	5.778.953	5.995.786	6.259.228	6.559.940
População	188.560.281	189.290.239	188.764.595	198.186.017	199.950.308	201.564.699	202.417.963	200.952.247
Despesa (Valores em mil R\$) (A)	61.965.198	72.332.284	80.063.148	83.053.255	91.898.531	100.054.862	106.235.537	115.259.768
Federal Despesa por habitante (Valores em R\$) (B)	328,62	382,12	424,14	419,07	459,61	496,39	524,83	573,57
Proporção do PIB (%) (C)	1,59%	1,65%	1,66%	1,56%	1,59%	1,67%	1,70%	1,76%
Despesa (Valores em mil R\$) (D)	37.296.383	41.511.838	44.822.698	52.148.018	57.305.396	60.540.190	63.293.423	68.338.952
Estadual Despesa por habitante (Valores em R\$) (E)	197,8	219,3	237,45	263,13	286,6	300,35	312,69	340,08
Proporção do PIB (%) (F)	0,96%	0,95%	0,93%	0,98%	0,99%	1,01%	1,01%	1,04%
Despesa (Valores em mil R\$) (G)	39.290.644	46.005.793	52.034.361	59.908.108	67.381.118	72.223.158	78.501.613	81.753.999
Municipal Despesa por habitante (Valores em R\$) (H)	208,37	243,04	275,66	302,28	336,99	358,31	387,82	406,83
Proporção do PIB (%) (I)	1,01%	1,05%	1,08%	1,12%	1,17%	1,20%	1,25%	1,25%
Despesa (Valores em mil R\$) (A+D+G)	138.552.225	159.849.915	176.920.208	194.989.514	215.160.315	232.818.211	248.030.574	265.352.719
Total Despesa por habitante (Valores em R\$) (B+E+H)	734,79	844,47	937,25	984,48	1.083,19	1.155,05	1.225,34	1.320,48
Proporção do PIB (%) (C+F+I)	3,57%	3,65%	3,67%	3,66%	3,72%	3,88%	3,96%	4,05%

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) para os dados da União (a partir do ano de 2013), Estados, DF e Municípios; Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do Ministério da Saúde para os dados da União (de 2002 a 2012). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) para os dados populacionais e valores do Produto Interno Bruto (PIB). Consulta realizada em 27 de abril de 2018, sujeita alterações conforme informações recebidas pelo sistema. Elaboração: Siops/CGES/Desid/SE/MS. Notas: 1) As despesas em saúde consideradas foram contabilizadas conforme Art. 3º da LC 141/2012. Não entram no cálculo aquelas despesas que não atendem ao princípio universal do SUS constantes no Art. 4º da LC 141/2012, como despesas com inativos e pensionistas, planos de saúde de servidores públicos, clientela fechada etc. 2) A consulta do PIB foi realizada por meio do site <http://www.ibge.gov.br> em Indicadores/Contas Nacionais /PIB-Valores Correntes.

PACTO FEDERATIVO

Atualmente a União, que detém 60% da arrecadação da carga tributária, arca com 42% do financiamento do SUS, enquanto os municípios arrecadam 17% da carga tributária brasileira e se responsabilizam por 32% do financiamento do SUS.

O congelamento dos recursos federais estabelecido pela Emenda Constitucional 95/2016 pode responsabilizar ainda mais os outros entes da Federação. Piola (2011) apresenta série histórica que descreve este movimento de retração federal, frente ao aumento dos recursos aplicados pelos estados e municípios,

em detrimento a necessária contrapartida e da revisão da estrutura tributária.

Em 2017, a carga tributária bruta do Governo Geral – governo central, Estados e municípios – alcançou 32,36% do Produto Interno Bruto (PIB) (relativamente estável em comparação aos anos anteriores), conforme estimativa da carga tributária bruta elaborada pelo Tesouro Nacional, estimativa que integra a Prestação de Contas da Presidência da República. Entre os anos de 2016 e 2017, registrou-se diminuição da representação da carga tributária federal frente ao PIB, porém a mesma relação se manteve estável para municípios em apenas 2,25% contra os volumosos 21,20% do Federal.

Carga Tributária Bruta por esfera de governo				
CTB	R\$ Milhões		% PIB*	
	2016	2017	2016	2017
Federal	1.332.253	1.390.984	21,28%	21,20%
Estadual	553.077	584.489	8,84%	8,91%
Municipal	140.658	147.625	2,25%	2,25%
Total	2.025.988	2.123.098	32,37%	32,36%

* PIB oficial divulgado pelo IBGE em 01/03/2018.

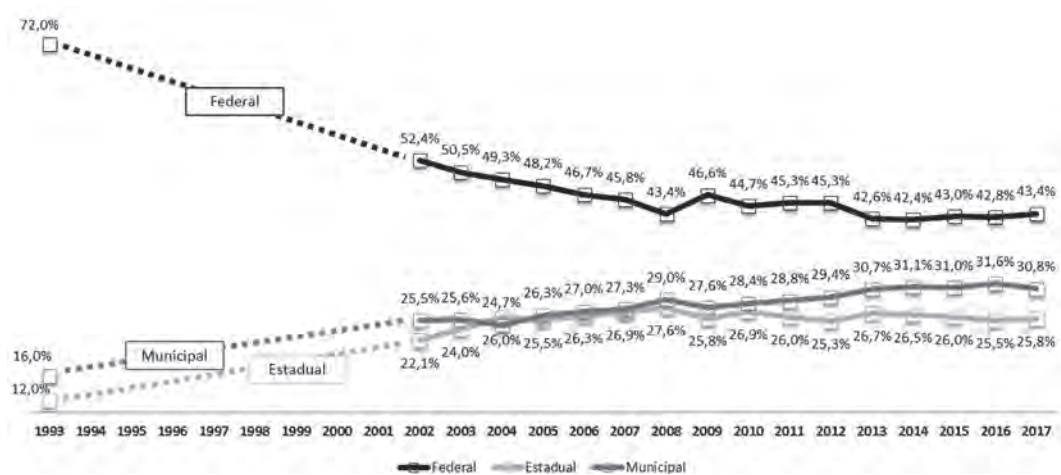
Fonte: Tesouro Nacional²³, 2018

REFORMA TRIBUTÁRIA

Considerando que o sistema de arrecadação de impostos no Brasil apresenta-se complexo e ineficiente, que gera insegurança e prejudica o crescimento da economia as pautas de tributações da renda e do patrimônio devem ocupar lugar de destaque na agenda nacional. Neste sentido, é necessário o resgate dos princípios constitucionais da Justiça Fiscal – equidade, capacidade contributiva e progressividade.

No Manifesto em Defesa do SUS²⁴, publicado pelo Conasems em setembro de 2015, foi defendida a necessidade de criação/regulamentação de novas fontes próprias para saúde com caráter progressivo (quem mais dispõe de recursos deve pagar mais). Estas novas fontes poderiam envolver: revisão da tributação sobre heranças (Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação – ITCMD), além da aprovação da taxação sobre grandes fortunas, lucros e dividendos destinados à Seguridade Social.

Composição dos gastos com ações e serviços públicos de saúde



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), Ministério da Saúde, 2018 e World Health Statistics (WHO), 2013.

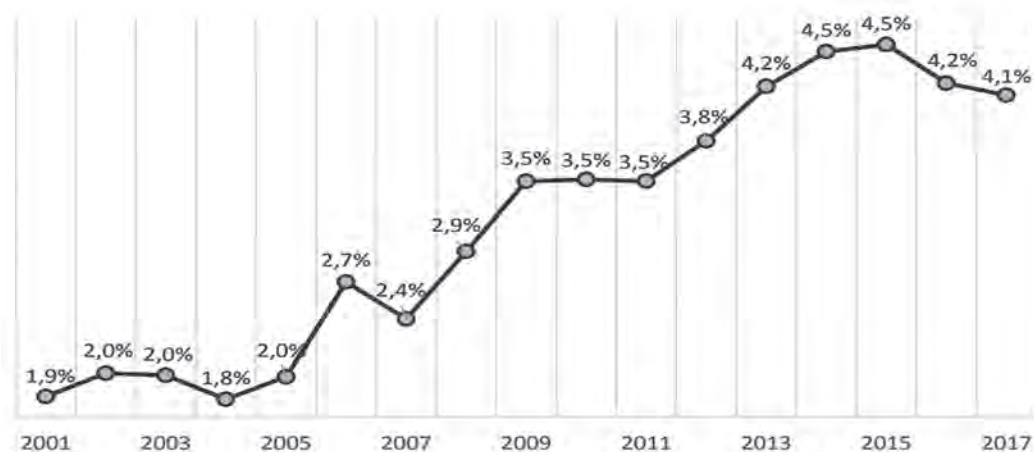
RENÚNCIA FISCAL

Segundo dados Secretaria de Acompanhamento Fiscal, Energia e Loterias do Ministério da Fazenda²⁵, o Governo Federal concedeu, entre os anos de 2003 e 2017, em subsídios, sejam em despesa (benefícios financeiros e creditícios) ou receita (gastos tributários), o total de R\$ 4 trilhões. Significa dizer que a cada 13 anos um orçamento inteiro da União é oferecido em subsídios. Esta comparação se torna ainda mais crítica quando se toma como base o orçamento do Ministério da Saúde, com previsão de R\$130 bilhões²⁶ para 2018. Anualmente a União oferece em subsídios o montante equivalente a dois orçamentos do Ministério da Saúde em subsídios, ou

ainda o equivalente a totalidade dos gastos públicos em saúde do Brasil.

Parte destes subsídios diz respeito ao gasto tributário, subsídio que nos últimos anos alcançou a representatividade acima de 4% do PIB, ou seja, o mesmo valor destinado conjuntamente pela União, Estados e municípios ao financiamento saúde no País. Constatação alarmante, que pode ser entendida como um dos grandes obstáculos à garantia do financiamento do direito à saúde no Brasil.

Estudos do Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada registram que, por meio de renúncias fiscais, cerca de R\$ 25 bilhões deixaram de ser arrecadados do total de gastos federais em saúde em 2013. Segundo Ocké²⁷ o valor, apenas da renúncia fiscal, corresponde a 30% dos gastos na área de saúde.

Total de Gastos Tributários (% PIB)

Fonte: Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Fiscal, Energia e Loteria, 2018.

De fato, a dedução dos gastos com planos de saúde, profissionais de saúde, clínicas e hospitais no Imposto de Renda, das concessões fiscais as entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos), indústria químico-farmacêutico, enfraquecem a capacidade de arrecadação da esfera pública. Apenas as deduções de Rendimentos Isentos e Não Tributáveis em 2017 superaram R\$28 milhões²⁸.

Adicionalmente, observa-se uma recomposição dos custos da saúde suplementar sempre muito acima da inflação oficial, como aprovado este ano pela Agência Nacional de Saúde, o que aumenta a renúncia fiscal. Segundo Cunha, 2018²⁸, em dezembro de 2016, a Variação de Custo Médico-Hospitalar dos 12 meses anteriores atingiu 20,4%, contra 6,29% registrados no mesmo período pelo Índice de Preços ao Consumidor (IPCA), índice utilizado pela EC 95/2016 que determina o teto dos gastos federais.

Como nos rememora o Professor Nelson Rodrigues²⁹, um dos arquitetos do SUS:

Lembramos que nos anos eleitorais de 2011 e 2014, representações das entidades privadas hospitalares e de planos privados de saúde expuseram publicamente suas

posições e pressões por sistema de saúde mais vinculado ao mercado no setor, e financiando fortemente as campanhas eleitorais dos candidatos mais fortes principalmente ao nível da presidência da República. As 7 maiores entidades nacionais de planos e hospitais privados contrataram da internacional Antares Consulting, projeto para o sistema de saúde no Brasil, com 61pgs, propondo 3 níveis de gestão, 10 eixos estratégicos e 12 propostas (Livro Branco da Saúde), que foi entregue em mãos à presidência da República em 2015. Em 2018, às 20 maiores entidades privadas nacionais de serviços de saúde, incluindo os hospitais Albert Einstein e Sírio-Libanês, somam-se 5 entidades nacionais da indústria na saúde, que assumem o projeto apresentado pelo Instituto Coalizão Saúde em abril/2018, com 117pgs e uma agenda prioritária com 8 propostas.

Cerca de 25 a 30% da população (classe média-alta, média-média e parte da média-baixa que inclui a estrutura sindical formal privada e pública) dispõe de planos privados de saúde (dos mais baratos aos caríssimos) todos subsidiados, e são usuários do SUS, incluindo serviços e materiais mais caros financiados por ações

judiciais, totalizando per-capita de financiamento 5 a 6 vezes maior que o dos 70 a 75% que dispõem somente do SUS (maior parte da classe média baixa, trabalhadores informais, pobres e miseráveis) (Nelson Rodrigues, 2018)²⁹.

CRITÉRIO DE RATEIO DOS RECURSOS FEDERAIS

A LC 141/2012 disciplina a necessidade de se estabelecer a metodologia de critérios de rateio dos recursos financeiros Federais, destinados aos demais entes federados, para o financiamento das ações e serviços público de saúde, objetivando à progressiva redução das disparidades regionais, além de estabelecer o planejamento ascendente e os mecanismos de controle interno e externos, monitoramento e avaliação do sistema.

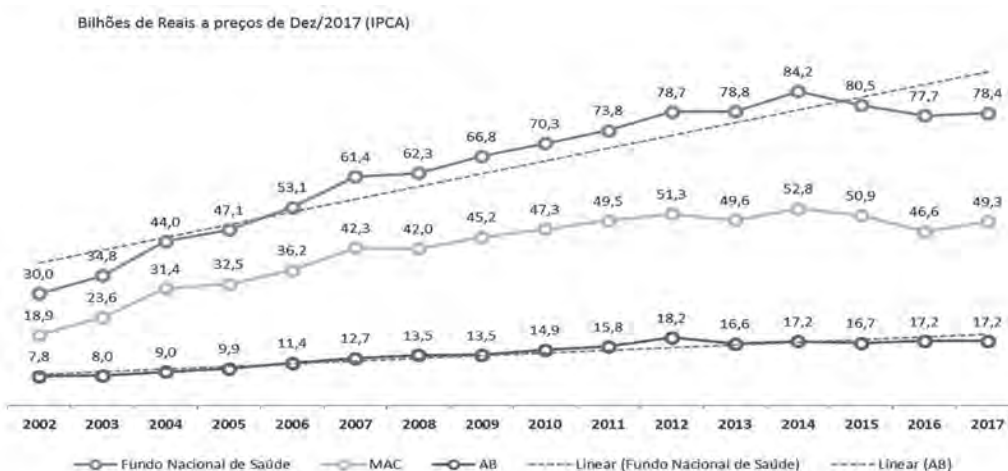
Para a efetiva implantação do rateio se faz necessária uma revisão do processo de orçamentação da saúde no âmbito Federal. Um postulado histórico do SUS é a unificação das funções orçamentárias e vincular a orçamentação ao planejamento ascendente em conformidade com o que determina a Lei

nº 8.080/1990 e a LC 141/2012.

Atualmente o planejamento municipal deriva das determinações orçamentárias da União, minimizando o papel do Poder Legislativo municipal e dos Conselhos Municipais de Saúde, restringindo a autonomia municipal, o que fere os princípios do federalismo em nome de uma direcionalidade que se estabelece de maneira inversa ao que determina o artigo 30 da LC 141/2012.

O histórico dos repasses Federais para os demais entes federados retratam claramente a necessidade do estabelecimento do critério que considerem as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde. Em valores atuais, em detrimento reconhecimento internacional da necessidade de fortalecimento da AB como importante estratégia para o aprimoramento da atenção à saúde no Brasil, os repasses Federais dedicados a AB apresentam-se com crescimento ínfimo frente ao total de repasses e aqueles dedicados aos procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Transferências da União por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para Ações Alta Complexidade Ambulatorial e Hospital e Atenção Básica



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e Fundo Nacional de Saúde (FNS), 2018.

CUSTOS DO SUS

A crescente demanda pelos serviços seja devido à crise econômica ou por fatores demográficos e epidemiológicos em transição no País, além do financiamento insuficiente, impõe a necessidade de produzir informação de custos para a tomada de decisão em saúde. Tanto para usá-la na gestão dos serviços, quanto para subsidiar discussões mais amplas no planejamento da alocação de recursos dos entes. Contudo, ainda não existe uma política específica que trate da produção, organização e uso deste tipo de informação em âmbito nacional no SUS.

Entende-se que para além da busca de novas fontes de financiamento é necessário adotar boas práticas de governança e neste sentido é primordial conhecer os custos do SUS. Desta forma, propõe-se a estabelecer uma Política Nacional de Gestão de Custos em Saúde no SUS, considerando a diversidade regional e a participação dos três entes da Federação. Sabidamente este desafio somente será superado com a participação das três esferas de gestão do sistema.

6 - Pacto Federativo

O termo pacto federativo parece ser uma redundância, visto que federar em sua origem significa pactuar (pacto=*foedus* do latim). Entretanto está consagrado no diálogo político institucional brasileiro e se relaciona com a estrutura tributária e as competências de cada Ente da Federação.

No caso brasileiro há sempre uma grande disputa entre a capacidade do Estado no âmbito da União em promover a equidade na construção de igualdades de direitos constitucionais, e as suas atribuições em relação às dos demais entes da Federação. A União os estados e os municípios disputam recursos financeiros de uma estrutura tributária ainda centralizadora⁷, em contraposição a uma Constituição com evidentes diretrizes de descentralização. As razões históricas disto podem ser lidas em uma grande quantidade de

publicações acadêmicas^{30,31}. São direitos que historicamente tem sido conquistado pelas ações municipais.

A rediscussão da estrutura tributária brasileira está já alguns anos na pauta da federação sem que com isso tenhamos feito qualquer avanço significativo. Os interesses políticos partidários parecem emperrar no legislativo³² as mudanças necessárias. Estas divergências políticas estão afetadas à concepção de estado que cada orientação política estabelece e são derivadas da concepção do ‘estado mínimo’ da orientação liberal, o ‘estado de bem-estar social’ da orientação mais à esquerda e de outras propostas intermediárias de modelo de Estado Brasileiro. Considerando que a democracia não representa a eliminação das posições políticas de outras orientações, é preciso amadurecer esta relação entre entes com orientações políticas divergentes. Como as diferenças políticas dentro do SUS não devem ser desrespeitadas, o processo de governança deve ser repensado de forma a eliminar as consequências do partidarismo na construção da maior política de estado brasileira – O SUS. É importante citar que como se trata de gestão e governança federativa não cabe aqui uma orientação de governança corporativa.

Outra questão que compõe estas dificuldades são os compromissos estabelecidos pelas políticas públicas no âmbito da União. Uma eventual interrupção destas políticas por conta de uma nova orientação das fontes e quantidades de recursos que compõem o orçamento não se dará sem conflitos de interesses.

Neste sentido, esperar uma mudança imediata e radical da estrutura tributária brasileira, pois seria ilusória. Mas a verdade é que a situação atual necessita mudança urgente, mesmo que isto signifique um processo de médio longo prazo, ou veremos falhar os princípios constitucionais democráticos por insustentabilidade, em especial dos municípios.

Na área da saúde a atual estrutura tributária nacional e os ditames da Emenda Constitucional 95/2016³³ podem determinar a necessidade de fechamento de parte significativa dos serviços

públicos a cada novo ano. A falta de financiamento determinará inevitavelmente a diminuição do acesso, frente a uma responsabilidade municipal pela execução das ações e serviços de saúde³⁴, que já tem comprometido quase o dobro dos recursos próprios determinados em lei para isto. Não rever esta situação tributária é sem dúvida criar uma situação política nacional que coloca a população contra o SUS por suas insuficiências, minimizando a cidadania em saúde a cada ano, o que pode ser de maior ou menor impacto a depender da região³⁵.

A posição do Conasems é de intensa mobilização junto com as associações de prefeitos para alterar este pacto. Abaixo, a fala conjunta:

Os brasileiros convivem com um sistema de arrecadação de impostos complexo e ineficiente, que gera insegurança e prejudica o crescimento da economia. As tributações da renda e do patrimônio devem ocupar lugar de destaque na agenda nacional e nos projetos de 'reformas tributárias'. Assim, é mais do que oportuno o resgate dos princípios constitucionais da justiça fiscal (equidade, capacidade contributiva e progressividade). A tributação equitativa é um dos melhores instrumentos de erradicação da pobreza e da redução das desigualdades sociais. A modernização do sistema de tributação mais progressivo o torna mais igualitário³⁶.

Numa análise simplificada, não se alterando esta estrutura tributária, resta

rever então as atribuições de cada Ente da Federação. No SUS, esta possibilidade significará um processo de centralização, o que descola de seus princípios constitucionais e não será traduzido como melhora do sistema de saúde, pelo contrário, reproduzirá uma experiência anterior de resultados sempre negativos sobre a qualidade de vida e saúde dos brasileiros.

Outra ocorrência derivada desta situação é a impossibilidade de formulação de novas políticas públicas de saúde. Isto acaba por se traduzir como descompromisso com a realidade que se altera.

Cabe aos brasileiros a escolha do estado que melhor representa seus anseios. Nesta eleição de 2018, este debate está dado e não pode ser esquecido, nem pelos candidatos à presidência, deputados federais, senadores, governadores e deputados estaduais. Neste sentido o Conasems afirma que todos os candidatos devem apresentar propostas concretas para a revisão do pacto federativo ou estará descomprometido com a realidade.

Brasília – Junho 2018
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems
Esplanada dos Ministérios,
Bloco G, Anexo B, Sala 144
Zona Cívico-Administrativo
Brasília – DF, 70058-900
(61) 3022-8900

Notas

1. A Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, dispõe sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm#art1>.
2. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 é reconhecida como Lei Orgânica da Saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>.
3. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>.
4. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-74.
5. Recomenda-se a leitura que aprofundam esta discussão: Gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização da saúde, de Carvalho e Cunha, no livro “Tratado de saúde coletiva”, Hucitec e Fiocruz, p 837 a 864 e Modelo de Atenção à Saúde, de Jairnilson Paim, no livro “Políticas e sistema de saúde no Brasil, p 459 a 491. Fiocruz.
6. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi-d=S1413-81231999000200013&lng=pt&nrm=iso>.
7. Rocha AS, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. Physis, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 87-111, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100087&lng=pt&nrm=iso>.
8. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. Health Syst Transit. United Kingdom: Health System Review. 2015;17(5):1-126. Disponível em: <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/302001/UK-HiT.pdf?ua=1>.
9. Recomenda-se estudo minucioso por parte dos gestores da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.
10. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi-d=S1413-81231999000200013&lng=pt&nrm=iso>.
11. Leia mais em: Recomendações da auditoria operacional - Governança da pactuação do SUS - Metodologia baseada no referencial de governança de políticas públicas do TCU - Oportunidades de melhoria na coordenação e coerência, institucionalização e gestão de riscos e controle interno. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A-250D20C48015116B4ODA40219&inline=1>>.
12. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>.

13. Disciplinado pelo artigos do 5º ao 11º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm>.
14. Silva EC da; Gomes MH de A. Deadlocks in the process of health regionalization: local plots. *Saude soc.*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, dez/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400013&lng=pt&nr=iso>.
15. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011 a qual estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/13/RESOLU--O-N--1-DE-29-DE-SETEMBRO-DE-2011.pdf>>.
16. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.
17. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017 que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaboração de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html>.
18. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018 que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/RESOLUCAO-N-37-DE-22-DE-MARCO-DE-2018.pdf>>.
19. Merhy, EE. Saúde: Cartografia do Trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes / Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. – 1. Ed. 2 reimpr. – Brasília – Ministério da Saúde, 2003. 72p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf>.
21. Confederação Nacional dos Municípios (CNM). Estudos Técnicos CNM – Volume 1 Estudos fiscais: estimativas da participação dos entes da federação no bolo tributário. Disponível em: <http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/ET%20Vol%201%20-%2008.%20Estudos%20Fiscais%20-%20Estimativas%20da%20participa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20entes%20da%20federa%C3%A7%C3%A3o%20no%20bolo%20tribut%C3%A1rio.pdf>.
22. Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde / organizadores: Clarice Melamed, Sérgio Francisco Piola. Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_politpublicas_saude.pdf>.
23. Tesouro Nacional - Nota Técnica nº 40/2018/CESEF/STN - Metodologia para cálculo da Carga Tributária Bruta, 2018. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documentos/10180/476865/Nota+Tecnica+Carga+Tribut%E1%BF%BDria+2017.pdf/88784e04-2c-05-46d3-b0ab-8bac35682b38>>.
24. Manifesto do Conasems em defesa do SUS. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2015/09/images_MANIFESTO_CONASEMS_.pdf>.
25. Brasil. Ministério da Fazenda. Secretaria Executiva.

- Secretaria de Acompanhamento Fiscal, Energia e Loteria. 2º Orçamento de Subsídio da União. Relatório do Governo Federal sobre os gastos tributários e os benefícios financeiros e creditício no período de 2003 a 2017. Ministério da Fazenda. Maio de 2018. Disponível em: <https://www.fazenda.gov.br/centrais-de-conteudos/publicacoes/orcamento-de-subsidios-da-uniao/arquivos/osu_segundaedicao_vfinal.pdf>.
26. LOA - Lei Orçamentária Anual 2018. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/orcamentos-anuais/2018/orcamento-anual-de-2018#LOA>>.
 27. Saiba mais na Nota Técnica nº 19 elaborada por Carlos Octávio Ocké Reis & Filipe Nogueira da Gama denominada RADIOGRAFIA DO GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE – 2003 2013. IPEA, Brasília, 2016.
 28. Leia mais em: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) - Inflação médica: um desafio mundial da Saúde Suplementar Disponível em: <<https://www.iess.org.br/?p=blog&id=679>>.
 29. Publicado no site do Cebes em abril e 2018: Santos NR. Proposta das grandes entidades privadas de saúde apresentada em abril/2018. Disponível em: <http://cebes.org.br/2018/04/saude-direito-humano-de-cidadania/>
 30. Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo Perspec., São Paulo , v. 18, n. 2, p. 17-26, June 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=en&nrm=is>.
 31. Elias PE. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. Saude soc., São Paulo, v. 5, n. 2, p. 17-34, 1996 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=s-ci_arttext&pid=S0104-12901996000200003&lng=pt&nrm=iso>.
 32. Leia mais em: Pacto Federativo: o que é e como funciona. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/REPORTAGEM-ESPECIAL/503138-PACTO-FEDERATIVO-O-QUE-E-E-COMO-FUNCIONA-BLOCO-1.html>>.
 33. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>.
 34. Disciplinado pelo Inciso VII, do artigo 30, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.
 35. Ação direta de inconstitucionalidade. Arts. 2º e 3º da Emenda Constitucional 86/2015. Novo piso progressivo para aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Agravamento do subfinanciamento do SUS. Ofensa à cláusula pétrea e aos direitos fundamentais à vida e à saúde. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/pgr/documentos/adi-5595.pdf/view>>.
 36. Leia mais em: Revista Conasems nº 66, julho – setembro, 2016. Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/02/Revista_conasems_edicao_66_web-1.pdf>.

Cebes mais uma vez: saúde é democracia. Democracia é saúde*

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)¹

* Documento publicado tal como foi divulgado, porém adaptado ao formato da revista.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Cebes mais uma vez: saúde é democracia. Democracia é saúde. [internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 10]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2018/10/cebes-saude-e-democracia-democracia-e-saude/>.

FAZ 42 ANOS, EM PLENA DITADURA MILITAR, um grupo de democratas e patriotas sobreviventes à perseguição fascista se juntavam ao crescente movimento de resistência ao regime e fundavam o Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde). Composto por profissionais de saúde que diante das assombrosas iniquidades nas condições de vida e saúde vigentes entenderam que sua superação estava indissolúvelmente ligada à reconquista e aprofundamento das liberdades democráticas. O lema fundador do Cebes diz que Saúde é Democracia e Democracia é Saúde! Ainda havia restrições sérias à liberdade de organização e expressão, mas já se antevia ao longe uma luz de restauração de alguns direitos políticos e sociais básicos. Doze anos se passaram até que a sociedade brasileira pudesse celebrar um pacto mínimo na Constituição que abrisse caminho para a construção de um Brasil mais rico e justo. Alguns passos nesse rumo foram dados com crescimento econômico, diminuição das desigualdades, com políticas sociais redistributivas, com a criação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Não imaginou aquela geração que passados poucos 25 anos, as elites conservadoras do País desencadeariam um intenso processo de desmonte das políticas sociais, regressão econômica, reestratificação radical da sociedade brasileira. Menos ainda que cinco anos adiante ressurgiriam as sombras e ameaças de supressão das liberdades cívicas e políticas e o ressurgimento embrionário de falanges fascistas. O ódio e a conseqüente guerra aos pobres avançou, já provocando mais de 60 mil assassinatos por ano. O medo cresceu. As elites endinheiradas já não se sentem seguras em seus edifícios cercados, com o policiamento de suas ruas e condomínios entregues a milícias regularizadas sob o nome de ‘firmas de segurança’, em seus carros blindados. A classe média insegura de andar nas ruas, os pobres vítimas das arbitrariedades do tráfico, das milícias e da polícia. Há medo por toda a parte. Os jornais televisivos amplificam esse medo e transformam-se em tribunais arbitrários estimulando o ódio e o julgamento sumário como antídoto ao medo que semeiam. Há cada vez mais medo.

Medo e ódio juntam-se para promover soluções radicais e buscar inimigos fáceis. Um presidente declaradamente envolvido em escândalos de corrupção, cercado por ladrões, um congresso degradado, um raivoso discurso da grande mídia dos seis Berlusconis dos trópicos, um poder judiciário leniente com o ativismo político de seus membros e uma corte suprema acovardada legitimam e promovem direta e indiretamente a busca de soluções autoritárias. O Presidente do Supremo renomeia a ditadura militar de movimento e convoca um general como conselheiro ou, quiçá, orientador de suas decisões. O presidente, desmoralizado, institui uma Força Tarefa composto por membros das forças armadas orientado pelo general que já o tem inteiramente em suas rédeas. Com uma dose de sarcasmo ignorado pelos Berlusconis, o decreto que define

¹Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cebes@cebes.org.br



como atribuição da Força Tarefa o combate ao crime organizado é publicado no mesmo dia em que o presidente é denunciado pela Polícia Federal por corrupção orquestrada demonstrada e documentada. Cresce a tutela das forças armadas. Cresce a demanda por arbítrio e decisões sumárias. Organizam-se grupos civis para propagar o medo e o ódio. Empresários inescrupulosos, seguros da impunidade, contratam firmas para espalhar nas redes sociais ódio e medo.

Regressão econômica, supressão de direitos, dismantelamento das políticas sociais, fragilização das instituições de coesão da nação, privatização desenfreada do patrimônio público, entrega de reservas estratégicas ao capital estrangeiro, garantia do monopólio da grande mídia, ocupação dos espaços de

resistência das redes sociais, criminalização de movimentos sociais, abrem espaço para medos que haviam sido minimizados. Medo de expressar opiniões políticas e morais, medo de exercer suas orientações sexuais, medo de sua fé religiosa, medo do aumento da truculência policial, medo do predomínio da lei do mais forte no trânsito, nas discussões esportivas, medo dos vizinhos. O pior dos medos: medo de não conseguir resistir, sucumbir, capitular.

As trevas já estão nas ruas. Mas ainda não extinguiram o brilho da esperança e da luta. Há tempo de contê-las. Há tempo de vencê-las. É preciso que mulheres e homens de bem se entreguem incansavelmente com toda sua energia a bloquear a chegada de noite escura.

O Cebes sabe que sem democracia não haverá saúde. Que saúde é democracia. ■

O SUS é de todo povo brasileiro! Saúde não é mercadoria! Saúde é democracia, democracia é saúde*

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)¹, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)², Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres)³, Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz (Asfoc)⁴, Associação Paulista de Saúde Pública (APSP)⁵, Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares⁶, Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa)⁷

* Documento publicado tal como foi divulgado, porém adaptado ao formato da revista.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Associação Brasileira de Economia da Saúde, et al. O SUS É de todo povo brasileiro! Saúde não é mercadoria! Saúde é democracia, democracia é saúde. 2018 [acesso em 2019 abr 15]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2018/08/o-sus-e-de-todo-povo-brasileiro-saude-nao-e-mercadoria-saude-e-democracia-democracia-e-saude/>.

¹Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cebes@cebes.org.br

²Rio de Janeiro (RJ), Brasil. abrasco@abrasco.org.br

³Brasília (DF), Brasil. brasilabres@gmail.com

⁴Rio de Janeiro (RJ), Brasil. jornalismo@asfoc.fiocruz.br

⁵São Paulo (SP), Brasil. informacoes@apsp.org.br

⁶São Paulo (SP), Brasil. cpm.pauta@gmail.com

⁷Campinas (SP), Brasil. idisa@idisa.org.br

TRINTA ANOS DEPOIS DA CONSTITUIÇÃO CIDADÃ DE 1988 e dois anos após o golpe de 2016 contra a democracia, a soberania e os direitos sociais, é preciso retomar o espírito de 88 para construir um projeto de país de todos os brasileiros e não de menos de 1% da população em detrimento de mais 99%. Um país solidário, inclusivo que enfrente suas ancestrais desigualdades.

É inadmissível a epidemia de violência! É preciso acabar com o genocídio de nossa população, mais de 60 mil assassinatos por ano, a maioria de jovens, pobres e negros. A violência contra as mulheres e contra a população LGBT, a execução de defensores e defensoras dos direitos humanos coloca o Brasil como recordista destes crimes. Quem matou e quem mandou matar Marielle e Anderson? E os líderes camponeses e ambientalistas?

O retrocesso se manifesta ainda no retorno do Brasil ao mapa da fome, na volta do sarampo, na reversão da queda da mortalidade infantil, no veneno na nossa alimentação e na privatização do saneamento básico, colocando o lucro em prioridade à vida e às pessoas.

A saúde não é mercadoria, é um bem público, um direito de cidadania! Fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) é resistir a este projeto que faz da crise sua política com fortes impactos sobre as classes populares e médias. Urge derrotar a política de austeridade fiscal que desestrutura todas as políticas públicas e deixa a população refém do desemprego. É preciso reforçar o papel do Estado na promoção das políticas sociais universais de qualidade, garantindo a vitória da democracia sobre o fascismo e ampliando sua capacidade regulatória sobre o mercado de serviços de saúde e sobre o complexo médico-financeiro. Investir em saúde para todos é investir em desenvolvimento justo e solidário.

Conclamamos a sociedade a se organizar e se mobilizar para defender a democracia, a Constituição de 88, os direitos sociais, os direitos trabalhistas, saúde, educação, reforma agrária, reforma urbana e uma reforma tributária progressiva que alivie sua carga sobre o consumo e salários dos que menos têm e a incrementa sobre o lucro, a propriedade e a herança dos que mais têm.

Propostas

Defender o SUS público, universal e sustentável em termos de recursos financeiros, organizacionais e políticos.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Revogar a EC 95/2016, estabelecendo o piso federal do SUS em 19,4% das Receitas Correntes Líquidas (equivalente dos 10% das Receitas Correntes Brutas) para apurar o valor da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde.

Suspender a Desvinculação de Receitas da União (DRU) por se tratar de fonte indispensável para o financiamento da seguridade social, revogando a Emenda Constitucional 93/2016.

Rever a Lei de Responsabilidade Fiscal em relação à limitação dos gastos de pessoal vinculados às políticas sociais.

Vedar progressivamente qualquer tipo de subsídio público direto ou indireto para o setor de planos e seguros saúde.

Regular os hospitais privados e os planos empresariais de saúde, revogando a abertura do mercado ao capital estrangeiro.

Implementar políticas para a redução das barreiras impostas pela atual lei de propriedade intelectual, especialmente na proteção de patentes, que impedem o acesso a medicamentos.

Adotar contratos baseados na racionalidade pública para a concessão de títulos de filantropia e demais organizações sem fins lucrativos direta e indiretamente envolvidas com o SUS.

Fortalecer modelo de atenção centrado nas pessoas e territórios, organizados em redes assistenciais, ancorados na Atenção Primária à Saúde como elemento coordenador/ordenador do sistema, garantindo a integralidade dos cuidados.

Construir nova institucionalidade para a administração pública e de um novo modelo de governança para redes assistenciais e regiões de saúde, de um verdadeiro Sistema Nacional de Saúde regionalizado e hierarquizado com forte articulação federativa.

Ampliar participação comunitária e garantir a natureza deliberativa de conselhos e conferências, sua participação na definição de orçamentos, na alocação e uso dos recursos públicos, monitoramento e combate à corrupção, desvios e fraudes.

Barrar a captura pelo poder econômico e o aparelhamento de cargos no Ministério da Saúde, nas agências reguladoras e na direção de unidades assistenciais públicas.

Fortalecer política voltada para o complexo econômico da saúde, incluindo ministérios e órgãos da área de ciência e tecnologia e de desenvolvimento, com o fortalecimento da pesquisa, desenvolvimento e inovação em nossas instituições nacionais, com a participação ativa da comunidade científica e empresarial.

*Congresso da Abrasco
Rio de Janeiro, 27 de julho de 2018*

Abrasco divulga 10 pontos urgentes para os futuros governantes e parlamentares*

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)¹

27 de setembro de 2018

* Documento publicado tal como foi divulgado, porém adaptado ao formato da revista.

Associação Brasileira de Saúde Coletiva.
Abrasco divulga 10 pontos urgentes para os futuros governantes e parlamentares [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 15]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/abrasco-divulga-10-pontos-urgentes-para-os-futuros-governantes-e-parlamentares/37373/>.

A saúde tem sido apontada em muitas pesquisas como sendo a maior preocupação da população, a área lidera a lista de preocupações dos brasileiros desde dezembro de 2016, quando ultrapassou corrupção. Exatamente quando se comemora 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) são muitos os desafios que o próximo presidente do País terá para enfrentar na área.

A duas semanas do primeiro turno das eleições, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) acompanha as principais propostas dos candidatos para a área de saúde e encaminhou uma carta compromisso aos 13 candidatos ao Palácio do Planalto com as propostas que consideramos prioritárias e imediatas para a saúde e pedimos a adesão dos candidatos através da assinatura deste documento que reúne 10 pontos de agenda fundamental de compromisso com a melhoria da saúde no Brasil.

A partir de janeiro precisamos ter governantes que se comprometam com o SUS, com a democracia, com a inclusão social, com a diversidade e com todos os direitos conquistados por nossa sociedade [alerta Gulnar Azevedo e Silva, presidente da Associação].

Conheça os 10 pontos Abrasco para uma agenda fundamental de compromisso com a melhoria da saúde no Brasil:

1. Acabar com o teto de gastos em educação e saúde;
2. Ampliar o investimento no SUS com prioridade para as regiões com vazios assistenciais;
3. Qualificar e ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família (a atenção primária) e garantir o acesso a serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, às urgências e à atenção hospitalar de qualidade;
4. Fortalecer a assistência farmacêutica do SUS, aí incluído o programa Aqui tem Farmácia Popular;
5. Fortalecer as regiões de saúde com responsabilidade pela gestão, regulação e coordenação das redes de atenção;

¹Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
abrasco@abrasco.org.br



6. Construir uma política de pessoal integrada entre União, estados e municípios que contemple formação, plano de carreiras e definição de responsabilidades sanitárias;

7. Articular as políticas de saúde e ciência, tecnologia e inovação no sentido de assegurar a sustentabilidade do SUS e incentivar o desenvolvimento social;

8. Assegurar saneamento básico universal, com abastecimento de água, tratamento de esgoto e coleta de lixo para todos;

9. Reformular o modelo de gestão do SUS,

com ênfase na qualidade e equidade da atenção, com mecanismos efetivos de avaliação e controle social;

10. Acabar com os subsídios ao setor privado de saúde e tornar a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) independente das operadoras de planos.

Essas propostas devem ser encaradas como prioritárias e urgentes, são esses os desafios dos próximos presidente e parlamento eleitos. A Abrasco estará atenta em defesa do fortalecimento do SUS e do direito à saúde. ■

Porque defendemos a democracia e lutamos pelo SUS*

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)¹

* Documento publicado tal como foi divulgado, porém adaptado ao formato da revista.

Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Porque defendemos a democracia e lutamos pelo SUS [internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 29]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/porque-defendemos-democracia-e-lutamos-pelo-sus/37722/>.

NA TARDE DE 16 DE OUTUBRO, UMA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA da Diretoria da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) ouviu representantes de todos os Grupos Temáticos, Comissões e Comitês da associação, a fim de avaliar os resultados do primeiro turno eleitoral e discutir o posicionamento da Abrasco diante do segundo turno. Presidentes de anteriores gestões abrasquianas e ainda a Secretaria Executiva da associação também participaram do encontro que culminou com a aprovação da seguinte Nota Abrasco:

No contexto das eleições presidenciais no primeiro turno, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) apresentou aos candidatos e candidata, aos/às profissionais de saúde e à população um conjunto de pontos essenciais para a melhoria da saúde no Brasil. Reafirmamos o SUS (Sistema Único de Saúde) como conquista histórica da sociedade brasileira em conjunto com outros programas de promoção e proteção da saúde de alcance universal, indicamos a Estratégia Saúde da Família como prioritária para a equidade da atenção à saúde no País.

Políticas nacionais de saúde exigem participação ativa e central do Estado, por isso nos posicionamos contrários a qualquer movimento de desestabilização ou privatização do SUS. Essa posição sustenta-se na experiência de dezenas de países, em ambos os hemisférios do planeta. Da mesma forma, é inegável que o sucesso dessas políticas reside, prioritariamente, em seu caráter democrático e redistributivo. Mais e melhores serviços aos que mais deles necessitam. Sem dúvida, boas políticas de saúde são um importante componente da cultura de paz.

O resultado do primeiro turno das eleições deve alertar para a possibilidade de que o Brasil venha a trilhar um caminho radicalmente oposto. Uma das propostas apresentada durante a campanha postula redução e mesmo supressão de políticas públicas, especialmente no campo da saúde. Essa proposta, representando segmentos ultraconservadores da sociedade, prega privatização radical, não se compromete com a diminuição das desigualdades e, mais grave, admite o exercício da violência como componente central da política. Em particular, aponta para o desmonte do SUS e do complexo de instituições e políticas públicas que têm produzido importantes avanços à saúde da população brasileira.

A Abrasco, associação científica representativa da grande comunidade da saúde coletiva, alerta a população brasileira para a tragédia política e social que ocorrerá na eventualidade desse discurso e dessa prática ocuparem o poder executivo do País. Por isso, conclamamos todas e todos a resistir e a combater essa ideologia antidemocrática, privatista, elitista e violenta, posicionando-se a favor da democracia, da ética e do cuidado, repudiando as covardes agressões a pessoas e grupos vulneráveis da sociedade.

#SaúdeSIM #ViolênciaNÃO
 #DemocraciaSIM #DitaduraNÃO
 #RespeitoSIM #PreconceitoNÃO
 #CuidadosSIM #ArmasNÃO
 #SUS-SIM #PrivatizaçãoNÃO

¹Rio de Janeiro (RJ), Brasil. abrasco@abrasco.org.br



Carta aberta à população brasileira*

Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme)¹

* Documento publicado tal como foi divulgado, porém adaptado ao formato da revista.

Associação Brasileira de Saúde Mental. Carta aberta à população brasileira. 2018 [acesso em 2018 abr 24]. Disponível em: http://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO&ID_INFORMATIVO=400.

A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL, ABRASME, possui como princípios pétreos a defesa incondicional dos direitos humanos e da democracia. Desta forma, no atual quadro político brasileiro temos o dever ético de tornar público seu posicionamento.

O atual cenário é parte de um processo que envolve crises cíclicas pelas quais passa o capitalismo. Nestes períodos há o surgimento da insegurança social e crescimento da violência, precarização das condições de vida, do emprego e restrições de direitos sociais. Este processo frequentemente culmina com o crescimento de forças conservadoras que buscam encontrar um ‘culpado’ e criar a figura de um salvador. Este promove medidas autoritárias e violentas contra movimentos sociais (acusados de desestabilizadores da ordem pública), além da desumanização de parcelas vulneráveis da população e minorias. Estas passam a ser qualificadas como degenerados, pesos sociais, zumbis, vagabundos, preguiçosos e como consequência, responsabilizados pelas mazelas da sociedade.

A sociedade brasileira tem na sua tradição patriarcal, escravagista e militarista as bases da composição de sua república. A constituição de 1988 inaugura de forma patente a defesa da cidadania e dos direitos sociais universais. No atual momento de comemoração dos seus 30 anos, vivemos o maior risco de perda das suas conquistas. A eleição presidencial que terá seu segundo turno em 28 de outubro, coloca em destaque dois projetos antagônicos de país. Um deles aponta para a defesa dos direitos humanos, da ampliação da proteção social, de um Estado onde o pressuposto é o direito universal a saúde, educação, habitação, onde a diversidade de raça, de orientação de gênero, de religião e crenças são a potência. E no polo oposto, aquele que retoma a padronização dos sujeitos, o livre mercado, o Estado mínimo. Em seu bojo retoma a demonização do diferente, a culpabilização das vítimas, ratifica a ‘violência para combater a violência’ e hierarquiza setores sociais onde podemos exemplificar as mulheres, os negros, os favelados, os LGBTIQ+ e os nordestinos qualificados como seres de segunda classe cujos direitos podem ser relativizados. A cidadania regulada, restritiva e excludente é a tônica.

A Abrasme defende que os movimentos sociais e entidades representativas destes são estruturantes da democracia e devem ser respeitados e representados nos diversos espaços da vida governamental institucional e em suas manifestações nos espaços públicos sociais. Compreende que a proteção social é universal e um direito de todos. Que o Estado é o responsável por garantir políticas includentes onde os vulneráveis sejam a prioridade. Onde a aceitação da diversidade de credos, de gênero, de orientação sexual, de cor e classe e outras diferenças são impulsionadores de uma sociedade solidária, equânime e mais justa. Não poderia ser diferente para uma associação cuja Reforma Psiquiátrica é o cerne de sua fundação.

¹Florianópolis (SC), Brasil.
abrasme@abrasme.org.br



Sendo assim, a Abrasme convoca a sociedade e prioritariamente a todos os seus associados a agregar-se a ampla frente em defesa da democracia, da garantia dos direitos a qual se faz indispensável neste momento histórico. Que se garanta nas urnas e na replicação destas bandeiras em seus espaços de trabalho e convívio a vitória da democracia. Que nesta frente se posicione radicalmente contra projetos excludentes ou que classifique sujeitos como ‘do bem’ ou ‘do mal’.

É necessário neste momento reafirmar a democracia, não reproduzir a história militarista da jovem república brasileira e de escolher um projeto que contemple a complexidade que envolve uma sociedade equânime. Todos juntos na defesa de uma sociedade sem manicomios e solidária!

Brasil, 16 de outubro de 2018.

Diretoria da Associação Brasileira de Saúde Mental – Abrasme

Carta aos presidenciais*

Conselho Federal de Nutricionistas (CFN)¹

Brasília, 23 de julho de 2018

* Documento publicado tal como foi divulgado, porém adaptado ao formato da revista.

Conselho Federal de Nutricionistas. Carta aos presidenciais [internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 13]. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Carta-presidenciais.pdf>.

Excelentíssimo(a) Senhor(a),
Candidato(a) à Presidência da República,

A mobilização da sociedade é de fundamental importância para os avanços sociais, econômicos e na garantia dos direitos de cidadania conquistados nas últimas décadas.

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é parte do conjunto de direitos econômicos, culturais e sociais consignados na Declaração Universal de Direitos Humanos e foi incorporado em 2010 ao artigo 6º da Constituição Federal do Brasil. Todo cidadão tem direito aos recursos e aos meios para produzir ou adquirir alimentos seguros e saudáveis que possibilitem uma alimentação adequada, de acordo com seus hábitos, cultura e práticas alimentares.

O Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) entende que o alimento é a base da saúde e da vida e que o acesso ao alimento, como direito humano associado às práticas saudáveis de produção, interfere diretamente no padrão de consumo alimentar da população. Nesse sentido, manifesta sua preocupação com práticas que não respeitam a diversidade alimentar existente no País utilizando recursos nocivos ao ciclo produtivo, que afetam a soberania alimentar, a sustentabilidade e a segurança alimentar e nutricional da população.

As práticas que usam e abusam de agrotóxicos e sementes transgênicas devem ser desestimuladas, dando lugar à produção agroecológica e sustentável que fomente a autonomia dos pequenos produtores em especial a agricultura familiar e consequentemente na soberania alimentar nacional.

A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, configurada em Planos, Programas, Estratégias e Ações, a exemplo do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Plansan) juntamente com o Programa de Aquisição de Alimentos, com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição trazem aspectos convergentes como a intersetorialidade e a visão multidimensional das estratégias adotadas para a consecução da Segurança Alimentar e Nutricional no País. Portanto, defendemos o fortalecimento de tais políticas, bem como das suas instâncias de controle social.

A participação social no Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) vem demonstrando a sua importância na construção de políticas públicas de forma participativa com envolvimento de vários setores da sociedade civil, acadêmica e do governo. Da mesma forma,

¹ Brasília (DF), Brasil.
cfn@cfn.org.br



a participação na Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional no Consea representa o compromisso dos setores governamentais na consolidação das políticas públicas de segurança alimentar e nutricional, bem como a consolidação do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional nos âmbitos, Nacional, Estaduais e Municipais.

Outro patrimônio nacional é o Sistema Único de Saúde (SUS) criado como expressão constitucional do direito do cidadão à saúde e dever do Estado, regulamentado pela Lei nº 8.080/90 que estabelece a universalidade de acesso, integralidade da assistência à saúde e promoção da sua autonomia. Este Sistema, por sua vez vem sofrendo forte pressão com a crescente diminuição dos recursos orçamentários o que coloca em risco o atendimento à população e a substituição do modelo de assistência gratuita pela terceirização dos serviços e incentivo a planos de saúde privados.

O CFN não pactua com tais mudanças, tendo em vista que serviços essenciais à saúde como pronto atendimento, serviços de urgência e emergência, vacinação, controle

sanitário, produção de medicamentos essenciais e estratégicos (hemoderivados), transplantes, dentre muitos outros, deixariam de ser oferecidos, colocando a população refém do poder econômico. Destacamos o apoio ao controle social exercido pelo Conselho Nacional de Saúde e neste a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) na qual apoiamos o direito dos usuários, especialmente na garantia de fornecimento dos medicamentos aprovados nas pesquisas com seres humanos.

A obesidade, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) está

entre as três principais causas de mortalidade no mundo. No Brasil, estatísticas do Ministério da Saúde apontam que metade da população (58,56%) tem excesso de peso e 21,35 % desse contingente apresenta obesidade (IBGE, PNS/2013). A publicidade de alimentos, em especial as referentes a alimentos ultraprocessados, assim como as informações sobre a sua composição são fatores preponderantes no direito à informação ao consumidor para a proteção da saúde e a omissão do Estado na sua função regulatória, especialmente para os alimentos e propagandas destinadas ao público infantil, podem contribuir fortemente com o aumento das prevalências da obesidade e de doenças, tais como diabetes, dislipidemias, hipertensão arterial e determinados tipos de câncer. Portanto, faz-se necessário a regulação da publicidade de alimentos, em especial para os dirigidos às crianças, e a padronização de alerta de advertência na rotulagem de alimentos e bebidas consideradas ‘não saudáveis’ com excesso de açúcar, sódio e gorduras trans.

Dessa forma, estamos conclamando os candidatos à Presidência da República para que assumam o compromisso programático com os Sistemas Alimentares Saudáveis e público com os temas apresentados para que sejam identificados e reconhecidos pela sociedade.

Os nutricionistas, trabalhadores da saúde, estarão vigilantes com as propostas dos candidatos para as próximas eleições e, com o voto, saberão reconhecer os que defendem os interesses dos brasileiros.

Conselho Federal de Nutricionistas (CFN)

Manifesto dos médicos em defesa da saúde do Brasil*

Conselho Federal de Medicina (CFM)¹, Associação Médica Brasileira (AMB)², Federação Médica Brasileira (FMB)³, Federação Nacional dos Médicos (Fenam)⁴, Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR)⁵

* Este documento foi decisão final do último Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), realizado em Brasília, na sede da Associação Médica de Brasília. Aqui publicado como divulgado, porém adaptado ao formato da revista.

Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Federação Médica Brasileira, et al. Manifesto dos médicos em defesa da saúde do Brasil [internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 9]. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/manifesto%20das%20entidades%20mdicas%20aos%20presidenciais.pdf>.

¹Brasília (DF), Brasil. cfm@portalmédico.org.br

²São Paulo (SP), Brasil. diretoria@amb.org.br

³Belém (PA), Brasil. secretaria@portalfmb.org.br

⁴Brasília (DF), Brasil. secretaria@fenam.org.br

⁵São Paulo (SP), Brasil. anmr@anmr.org

CONSIDERANDO o empenho dos médicos e de outros profissionais em atender com respeito, competência e qualidade as inúmeras demandas da população, mesmo em condições adversas, nos âmbitos dos sistemas público e privado de saúde;

CONSIDERANDO a não implantação plena do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível nacional e nas três esferas de gestão, desrespeitando-se seus princípios constitucionais (universalidade, integralidade, gratuidade, equidade, hierarquização, regionalização e controle social), e as falhas em seu financiamento, infraestrutura, gerenciamento e políticas de recursos humanos e de regulação;

CONSIDERANDO a redução significativa da participação do Estado no investimento e no custeio da saúde no País, na contramão do praticado pelos governos de outros países que mantêm sistemas de saúde de acesso universal semelhante ao modelo brasileiro;

CONSIDERANDO a incapacidade dos gestores do SUS de assegurar a execução dos orçamentos disponíveis, de manter uma infraestrutura mínima (instalações, equipamentos, insumos etc.) própria para uso pelos profissionais no atendimento a pacientes e de estabelecer políticas de recursos humanos que valorizem profissionais brasileiros, estimulando sua migração e fixação em áreas de difícil provimento;

CONSIDERANDO a ausência de mecanismos efetivos de fiscalização, controle e avaliação dos gastos públicos em saúde, com decorrentes espaços para ineficiência, abusos, desvios e corrupção;

CONSIDERANDO as falhas da assistência, com desrespeito a direitos de pacientes e profissionais, constantemente pressionados por demanda excessiva, precarização das relações de trabalho, baixa remuneração e deficientes condições de trabalho e de atendimento;

CONSIDERANDO os abusos praticados por operadoras de planos de saúde, cuja cultura do lucro tem suplantado compromissos assistenciais em detrimento de uma relação ética e justa com prestadores de serviços e segurados;

CONSIDERANDO os equívocos na formação de novos médicos e especialistas, com a abertura



desenfreada de escolas médicas e a oferta de cursos e programas em condições precárias de funcionamento;

CONSIDERANDO os diferentes estudos, pesquisas e levantamentos divulgados pelo Conselho Federal de Medicina e por outras entidades, os quais evidenciam o cenário de crise que aflige a assistência em saúde no Brasil;

CONSIDERANDO a dificuldade dos Governos (em todas as esferas) em atender os apelos das entidades médicas e de outros importantes setores da sociedade para discutir soluções para a crise da saúde no Brasil;

CONSIDERANDO as decisões do Governo e seus gestores tomadas de forma unilateral, sem consideração às experiências adquiridas na rotina de trabalho dos médicos;

O Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Federação Médica Brasileira (FMB), a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e a Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) e demais entidades signatárias apresentam à Nação e aos candidatos às Eleições Gerais de 2018 o ‘Manifesto dos médicos em defesa da saúde do Brasil’, que contém propostas para melhorar a assistência e o bem-estar dos brasileiros.

A implementação das propostas aprovadas pela plenária final do XIII Encontro Nacional de Entidades Médicas (XIII Enem), realizado em Brasília (DF) – entre os dias 26 e 27 de junho de 2018 –, permitirá a obediência às diretrizes e aos princípios constitucionais que regulam a assistência nas redes pública, suplementar e privada.

Essa postura será fundamental para assegurar os direitos de pacientes e a qualidade do exercício da medicina e do atendimento em saúde no País. Neste sentido, as entidades médicas signatárias desse documento apresentam aos candidatos às Eleições Gerais de

2018 as seguintes proposições, que devem ser priorizadas em plataformas eleitorais e programas de Governo para garantir efetividade em ações no campo da saúde.

Defesa do ato médico e dos direitos individuais em saúde

1. Os legítimos direitos dos pacientes e os desígnios constitucionais da maior conquista social da nossa democracia devem ser respeitados, assegurando-se um sistema público de saúde de acesso universal, equitativo, integral, gratuito, de qualidade e com controle social, conforme previsto na Constituição de 1988 que assegura a existência cidadã num Estado Democrático de Direito;
2. O compromisso efetivo da gestão do SUS deve ser materializado com a adoção de políticas, programas e ações de saúde pública nos âmbitos da promoção, prevenção e atenção capazes de garantir acolhimentos às demandas da população, com vistas ao bem-estar de todos e a um envelhecimento com dignidade, garantindo-se também a transparência aos indicadores epidemiológicos;
3. A Lei nº 12.842/2013 deve ser respeitada, descartando-se propostas e ações nos âmbitos do Executivo e do Legislativo que autorizam, estimulam e/ou propõem a delegação de atividades privativas do médico para profissionais de outras categorias da saúde;
4. Governo – em todas as suas instâncias de gestão – deve dar ampla visibilidade e transparência às informações epidemiológicas, de cobertura assistencial, de produtividade dos serviços, de demandas por procedimentos, de despesas em saúde, entre outros itens, de modo a permitir que a sociedade possa ter conhecimento sobre os avanços e as necessidades da gestão em saúde.

Interiorização da medicina e trabalho médico

5. O trabalho em saúde, especialmente do médico, precisa ser valorizado, eliminando-se sua precarização e assegurando-se políticas de gestão do trabalho nas três esferas de governo que ofereçam aos profissionais remuneração adequada e condições necessárias ao ético e eficiente exercício de suas atividades na assistência;

6. A criação de uma carreira de Estado – sob responsabilidade da União – para os médicos que atuam na rede pública (SUS) deve ser garantida de modo a promover a fixação desses profissionais em todo o território nacional. Tal proposta deve se ater a aspectos como:

a) Instalação de infraestruturas física e de equipamentos adequadas nos municípios como forma de garantir a oferta de assistência em saúde dentro de padrões de qualidade, que possibilitem a materialização dos princípios do SUS;

b) Formação de uma rede eficaz e eficiente de referência e contra referência, fundamental para a realização de diagnósticos e as prescrições de tratamentos;

c) Definição de um programa de educação continuada (presencial e à distância), permitindo a atualização de conhecimentos, o que oferecerá ao usuário do SUS acesso a profissionais permanentemente qualificados;

d) Elaboração de um plano de progressão e promoção funcional, nos moldes dos adotados atualmente pelo Ministério Público e pelo Poder Judiciário, o que seria fator de estímulo e de adesão em médio e longo prazos;

e) Oferta de remuneração compatível com a formação, a responsabilidade e o compromisso exigidos dos profissionais.

7. Os médicos da rede pública devem ser contemplados com a implantação de Planos de Cargos, Carreiras e Vencimento, com a fixação de valor mínimo de remuneração para o médico em atividade no SUS, tendo como parâmetro inicial o piso nacional da categoria estabelecido pela sua representação sindical, contemplando ainda aspectos como educação continuada e todos os direitos dos servidores públicos;

8. A precarização do trabalho médico no serviço público deve ser combatida e eliminada, tornando-se obrigatório o ingresso do profissional por aprovação em concurso de provas e títulos, afastando-se os prejuízos das indicações e favorecimentos políticos e de programas de contratação temporária;

9. O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida) deve ser definido legalmente como a única forma de acesso de portadores de diplomas de medicina obtidos no exterior ao trabalho médico no Brasil;

10. O Revalida, processo que reduz a possibilidade de exposição dos pacientes a profissionais sem a devida qualificação, deve ser conduzido pelo Conselho Federal de Medicina, com o apoio de instituições médicas e de ensino.

Ensino e residência médicos de qualidade

11. O processo de formação médica deve ser aperfeiçoado com o fim da abertura desenfreada de novos cursos e vagas em instituições que não possuem condições para funcionamento, cuja existência vitimizam alunos e, posteriormente, a população que ficará à mercê de profissionais sem a devida qualificação. Para tanto, essas escolas devem possuir:

a) Oferta de grade curricular adequada, com a inclusão de disciplinas que valorizem a formação técnica, clínica e deontológica, além de fortalecimento do compromisso social dos futuros médicos com o modelo assistencial brasileiro;

b) Presença de corpo docente preparado para o desafio do ensino médico, comprometido com a formação dos futuros profissionais;

c) Existência de hospital-escola e campo de atuação na área de atenção básica, com a presença de mestres e preceptores, que constituem instrumentos fundamentais para a qualificação prática dos jovens médicos;

d) A preceptoria – elemento fundamental para que um Programa de Residência Médica (PRM) ou internato consiga atingir seus objetivos de ensino-aprendizagem – precisa ser devidamente organizada por meio de regras que assegurem sua valorização, condição de trabalho e remuneração justa.

12. As escolas médicas que não atendam os critérios mínimos para seu funcionamento regular em termos pedagógicos e de infraestrutura devem ser fechadas;

13. As entidades médicas nacionais devem ter participação ativa em processos de avaliação do sistema formador em medicina, assegurando-se a aplicação de sanções rigorosas para os cursos mal avaliados, incluindo a diminuição de vagas e o fechamento de estabelecimentos;

14. As entidades médicas defendem a criação de Exame Nacional de Proficiência em Medicina através de avaliação seriada, como forma de estimular a qualificação da formação médica e do exercício da profissão;

15. A Residência Médica deve ter suas vagas ampliadas de forma estratégica e responsável, segundo diagnósticos das necessidades regionais e nacionais, garantindo-se aos

ingressos nos Programas acesso a formação adequada e consistente, com medidas que visem sua qualidade;

16. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) deve manter seu equilíbrio gerencial e operacional na análise e tomada de decisões, contando com a participação qualificada e proporcional de entidades médicas nacionais;

17. O acesso aos Programas de Residência Médica deve ser revisto, determinando-se ainda critérios mínimos para seu funcionamento, como existência de hospital com quantidade suficiente de leitos nas especialidades básicas e corpo docente qualificado, fiscalização permanente, e assegurando à CNRM o papel de instância máxima reguladora da Residência no País;

18. Os valores das bolsas de Residência Médica devem ser reajustados anualmente e equiparados aos de outros programas, como o Protab e o Mais Médicos. Da mesma forma, deve ser garantido aos residentes o atendimento de suas justas reivindicações: pagamento de 13ª remuneração, auxílio alimentação, alojamento ou auxílio moradia, adicional de insalubridade, licença gestante de seis meses e licença para tratamento de saúde;

19. Programas de educação continuada gratuitos no âmbito do SUS, elaborados em parceria com as entidades médicas, devem ser instituídos, visando o aperfeiçoamento profissional, técnico e deontológico dos médicos e de outros profissionais de saúde.

Fortalecimento do financiamento, gestão e controle do SUS

20. Uma política de financiamento adequado do SUS deve ser adotada no País de modo a

permitir a oferta e o acesso da população aos serviços em todos os níveis de complexidade sem obrigar pacientes, médicos e outros profissionais a conviverem com os problemas decorrentes da precarização do trabalho e com a falta de instalações adequadas, insumos e equipamentos;

21. A gestão do SUS – em suas três esferas – deve ser atualizada e capacitada com estímulo à efetividade e qualidade dos serviços, preservando seu caráter público e superando a lógica fragmentada e dispersa do planejamento e da tomada de decisão;

22. Os mecanismos de controle social e de fiscalização do SUS devem ser defendidos e implementados de modo efetivo por meio do estabelecimento de um canal de diálogo permanente com as diferentes representações da sociedade e com a valorização das estruturas e carreiras no âmbito público que se dedicam a acompanhar e monitorar os gastos orçamentários e os resultados, de ações e de gestões, conforme previsto na Lei nº 8.142/1990;

23. A participação do Estado, especialmente em nível federal, nas despesas sanitárias totais, deve crescer, elevando-a ao patamar dos percentuais praticados por países com sistemas de saúde de acesso universal, como Reino Unido, Canadá, Alemanha e França, entre outros, permitindo o adequado custeio e investimento em ações e serviços de saúde;

24. O Ministério da Saúde, como agente responsável pela execução do orçamento da União para sua área de atuação, deve ser instado a assumir o compromisso de garantir que a totalidade dos recursos autorizados para o custeio e investimento em ações e serviços voltados à assistência sejam efetivamente aplicados, tendo como meta o atendimento de necessidades prioritárias de forma racional e transparente, conforme determina a legislação.

Melhoria urgente da infraestrutura e condições de trabalho e atendimento

25. A rede de atenção hospitalar e de serviços especializados de maior complexidade deve ser aperfeiçoada, incluindo-se nesse processo a criação de centros de terapia intensiva, ampliação regionalizada da oferta de serviços e coordenação do acesso dos pacientes, por meio da gestão de filas únicas;

26. A rede de urgências e emergências existente no País precisa contar com investimentos em sua recuperação, prevendo-se seu adequado aparelhamento, contratação de profissionais capacitados e responsáveis pelo atendimento;

27. Leitos de internação e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) devem ser oferecidos e assegurados aos pacientes e profissionais em número suficiente para dar atendimento à imensa demanda reprimida de milhares de brasileiros e brasileiras que aguardam por respostas em diferentes especialidades (cirúrgicas, pediátricas, ginecológicas, obstétricas e psiquiátricas);

28. As Unidades Básicas de Saúde e de Estratégia Saúde da Família devem ser beneficiadas com linhas de investimento para sua recuperação, com construções, reformas e compras de equipamentos, dotando-as de infraestrutura física adequada para permitir o atendimento da população, assegurando-lhes acesso às condições dignas para diagnósticos e tratamentos;

29. A rede hospitalar pública de assistência em psiquiatria deve ser otimizada, interligando-a a uma rede ambulatorial especializada, com leitos de internação suficientes para atender à demanda da população resultante do aumento da incidência de transtornos psíquicos e da drogadição;

30. O acesso da população a exames clínicos e de imagem (ressonância, ecografia, ultrassom, mamografia, etc.) necessários ao diagnóstico de doenças, deve ser facilitado, bem como a procedimentos terapêuticos de média e alta complexidade (quimioterapia, radioterapia etc.), considerados relevantes para o combate aos transtornos e obtenção da melhora dos quadros clínicos e conquista da cura;

31. Novos métodos, terapias e medicamentos devem ser incluídos no rol de procedimentos, serviços e produtos ofertados pelo SUS, tendo em vista os avanços tecnológicos com evidências científicas e validados pelo Conselho Federal de Medicina;

32. A Tabela SUS (em consultas e procedimentos) deve ser descongelada e contar com reposição das perdas acumuladas, cuja defasagem tem ampliado a crise na saúde complementar e contribuído para a redução da cobertura assistencial.

Fim do desequilíbrio na relação com as operadoras de planos de saúde

33. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve possuir isenção e garantia de autonomia para intervir no segmento específico, orientada unicamente pela defesa do interesse público, dos direitos dos pacientes e do equilíbrio nas relações entre operadoras, prestadores de serviços e beneficiários;

34. Os subsídios públicos aos planos e seguros privados de saúde devem ser extintos;

35. O ressarcimento das operadoras à União dos valores pelos atendimentos de seus beneficiários realizados no SUS deve ser garantido;

36. A transparência nos dados e informações referentes à cobertura assistencial oferecida pelos planos de saúde deve ser assegurada à sociedade de forma ampla;

37. A autonomia do trabalho médico e a segurança do paciente devem ser preservadas da interferência antiética e desrespeitosa das operadoras de planos de saúde;

38. A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPPM) deve ser adotada como parâmetro mínimo de referência para o pagamento dos procedimentos médicos;

39. Os itens dispostos na Lei nº 13.003/14, que determina a fixação de índices de reajuste nos contratos estabelecidos, devem ter seu cumprimento exigido, por meio de fiscalização, evitando-se abusos, distorções e desequilíbrios nas relações entre as operadoras de planos de saúde, os pacientes e os prestadores de serviços.

Conclusão

Os médicos representados pelas suas entidades no XIII Encontro Nacional de Entidades Médicas reiteram seu compromisso ético com a população brasileira e colocam à disposição dos candidatos às Eleições Gerais de 2018 sua pauta de reivindicações para que não seja ainda mais agravada a crise da assistência à saúde.

Espera-se, assim, respostas e soluções aos problemas que comprometem os rumos da saúde e da medicina. Com esse manifesto, a categoria oferece contribuição para combater a desigualdade, promover o acesso universal aos serviços públicos e estabelecer condições dignas de trabalho e remuneração para os médicos e atendimento à população. ■

Carta do CNS aos(às) candidatos(as) às eleições 2018*

Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹

* Documento publicado tal como foi divulgado, porém adaptado ao formato da revista.

Conselho Nacional de Saúde. Carta do CNS aos(às) candidatos(as) às eleições 2018 [internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 15]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2018/Carta_candidatos_Eleicoes2018.pdf.

Consolidação da democracia, fortalecimento e defesa do SUS

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), expressão maior do controle social na saúde da democracia participativa no Brasil, componente estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS), historicamente comprometido com o direito à saúde como dever do Estado, faz um chamamento geral aos(às) candidatos(as), aos(às) eleitores(as) e à sociedade quanto à defesa e o fortalecimento do SUS para os próximos quatro anos.

A Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, define saúde como um direito social por meio do acesso universal e igualitário às ações e serviços, que devem garantir a sua promoção, proteção e recuperação. Esse direito se materializa na implementação do SUS.

O fortalecimento e a defesa do SUS devem estar inseridos no contexto do projeto de nação que tem como pilares a soberania nacional, a democracia, o desenvolvimento econômico e ambiental sustentável, a liberdade, a diminuição da desigualdade, melhor segurança e proteção das populações indígenas; quilombolas; ribeirinhas; Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual (LGBT); negras; urbanas, rurais; em situação de rua e demais populações em vulnerabilidade.

Candidatos(as) que não têm histórico nem compromisso com a democracia e com o SUS não terão nosso voto

No intuito de aglutinar forças políticas e sociais comprometidas com a consolidação da democracia e com os avanços na política de saúde, o CNS exige o compromisso de cada candidato(a) a presidente(a), a governador(a), a senador(a) e a deputado(a) estadual e federal com o SUS.

Compromisso com o direito ao trabalho e à saúde pública, no intuito de garantir um crescimento para o País de forma mais consistente, com inclusão e independência. Temos que nos unir com o objetivo de reconstruir nossa nação e definir um projeto de desenvolvimento social que faça o País seguir rumo a um estágio civilizacional cada vez mais avançado.

O compromisso dos(as) candidatos(as) com o direito à saúde se dá principalmente com a defesa de um financiamento duradouro, justo e adequado para a saúde. Portanto, queremos o compromisso dos elegíveis com uma posição pública contrária em relação às medidas fiscais e econômicas, em especial, à Emenda Constitucional 95/2016 do ‘teto de gastos’, que asfixia por 20 anos e fere de morte o SUS e outras políticas sociais.

¹ Brasília (DF), Brasil. cns@saude.gov.br



Da mesma forma, os futuros dirigentes devem assumir compromissos com a defesa do SUS e ser contrários(as) aos ataques promovidos por iniciativas como: o rompimento com a universalidade e integralidade, por meio dos ‘planos de saúde populares’, a desestruturação da atenção básica, a fragilização do acesso à saúde, o retrocesso na política de saúde mental e o enfraquecimento da regulação sanitária e da educação na graduação em saúde por meio do Ensino a Distância (EaD).

Queremos dos(as) candidatos(as) o compromisso com a valorização dos(as) trabalhadores(as) da saúde, combatendo a precarização, a terceirização e a privatização, favorecendo a democratização das relações de trabalho. Assim, conclamamos cada elegível a assumir o compromisso concreto com a superação dos desafios do SUS, junto à sociedade e aos conselhos de saúde.

Somos o controle social do SUS, com mais de 100 mil conselheiros(as) defensores(as) de

um sistema público de saúde que atenda a totalidade dos brasileiros(as) e estrangeiros(as) residentes no nosso país, que envolve usuários(as), trabalhadores(as), gestores(as) e prestadores(as) de serviços do SUS no Brasil.

Somos a força viva da sociedade que construiu as deliberações da XV Conferência Nacional de Saúde, subsidiou o Plano Nacional de Saúde 2016/2019 e está rumo à realização da XVI Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), em 2019, que deverá indicar as diretrizes para o Plano Nacional de Saúde 2020/2023, referência para execução das políticas públicas de saúde no Brasil e instrumento fundamental para consolidação e fortalecimento do SUS.

Dessa forma, considerando que a saúde tem sido uma das principais preocupações do povo brasileiro, nós, por meio do nosso voto, comprometidos com mais e melhor saúde para nossa população, podemos ajudar a decidir o rumo das eleições. ■

O Conass e a eleição presidencial no Brasil, em 2018

The National Council of Secretaries of Health (Conass) and the presidential election in Brazil in 2018

Leonardo Moura Vilela¹

NOS SEUS 30 ANOS, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância, invejado no mundo inteiro, segundo as palavras de Karissa Ethienne, diretora geral da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em recente visita ao Brasil. Os resultados para a população são inquestionáveis, fazendo a segurança sanitária dos brasileiros de maneira universal e integral. No entanto, problemas cruciais retardam sua evolução e ameaçam sua existência.

A população brasileira reconhece a importância do SUS¹ – universal, integral e gratuito – e quer a sua manutenção e aprimoramento. Para isso, é necessário o compromisso dos governantes para que ele seja realmente uma política de Estado. Ademais, não pode ser fragmentado, tampouco submetido ao sistema suplementar.

Dois grandes problemas são desafios para o fortalecimento do SUS: financiamento e gestão.

Desde sua criação, o SUS sofre um subfinanciamento crônico². A União, há 20 anos, participava com 72% do financiamento da saúde pública no Brasil; hoje financia apenas 42%, cabendo a estados e municípios os 58% restantes. Isso sobrecarrega os entes subnacionais, que estão asfixiados financeiramente. Somente um novo pacto federativo poderá estabelecer equilíbrio entre as responsabilidades de cada ente federado. Esse subfinanciamento tende a perdurar em virtude da crise econômica que se prolonga por 6 anos e do advento da Emenda Constitucional (EC)95³, de 2016, que instituiu o Novo Regime Fiscal, impossibilitando o aumento do seu financiamento, ao congelar por 20 anos recursos financeiros federais destinados ao sistema. Sua revogação é imprescindível. Novas formas de remuneração de serviços no SUS que contemplem custos efetivos e desempenho são primordiais. Neste sentido, foi tomada uma iniciativa no início de 2019 pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados.

Por outro lado, é preciso melhorar a gestão e a eficiência do SUS. Reduzir a burocracia normativa é crucial⁴. Qualificar os profissionais de saúde e o quadro administrativo é fundamental. A aplicação correta e eficiente dos escassos recursos públicos disponíveis deve ser a meta dos gestores do SUS. A regionalização e a parceria com a sociedade são importantes para a melhoria da gestão⁵.

A população brasileira vive um momento de transição demográfica, com envelhecimento rápido e aumento da expectativa de vida. Mudanças também ocorrem no perfil epidemiológico, com aumento expressivo das doenças crônico-degenerativas. Isso exige a implantação de um modelo de atenção adequado, baseado nas necessidades da população, e não na oferta de serviços. A atenção primária, como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde, deve ser fortalecida para facilitar o acesso e ser resolutiva, reduzindo a demanda do atendimento especializado ambulatorial e hospitalar.

¹Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (2018-2019) – Brasília (DF), Brasil.
gabinete@conass.org.br



Uma providência importante é a organização das Redes de Atenção à Saúde nas macrorregiões. Essa é a melhor forma de garantir a integralidade e buscar ganhos de escala, redução de custos e riscos envolvidos, visto que sistemas fragmentados se tornam caros, ineficientes e aumentam os riscos para os pacientes.

A judicialização da saúde merece uma atenção especial. Desorganiza o orçamento da saúde, aumenta custos, piora a eficiência na aplicação dos recursos públicos, gera iniquidades ao privilegiar aqueles que têm maior facilidade de acesso à justiça e, muitas vezes, contribui para fraudes e desvios. O pior é que, com frequência, implica o aumento do risco à saúde do paciente, ao determinar o fornecimento de procedimentos e medicamentos experimentais, sem eficácia comprovada e com poucos estudos em relação aos efeitos colaterais. O financiamento público para a saúde deve ser exclusivamente para os itens incorporados pelo SUS. É imprescindível uma ação no Legislativo e no Judiciário para minimizar a criminalização da gestão do sistema de saúde e de seus gestores. Deve prevalecer o diálogo institucional entre o sistema de saúde e o de justiça para garantir o direito do cidadão e preservar a sustentabilidade do sistema.

Para garantir a universalidade e o acesso aos moradores de regiões de difícil acesso, é importante a presença de profissionais de

saúde adequadamente remunerados, preparados e motivados. O fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o pleno funcionamento das Escolas de Saúde Pública e das Escolas Técnicas do SUS contribuirão para o sucesso do sistema de saúde⁶.

Ao longo dos anos, nota-se uma fragilidade crescente dos complexos industriais públicos de saúde. Torna-se necessário definir tanto a estratégia acerca de quais medicamentos e imunobiológicos produzir quanto o financiamento necessário para a expansão e adequação das plantas industriais dos laboratórios oficiais.

Por fim, uma das grandes conquistas do SUS é a participação da sociedade por meio dos Conselhos de Saúde, que atuam na formulação de estratégias e são importantes para o fortalecimento do sistema. É imprescindível fortalecer os Conselhos e qualificar seus conselheiros, para que possam cumprir na plenitude as atribuições que lhes são conferidas.

Essa foi a agenda de propostas estruturantes para o fortalecimento e para a sustentabilidade do SUS que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) apresentou aos candidatos a presidente da república em 2018. Com pequenas alterações para se adequar ao momento atual, mostra-se importante para contribuir com o debate para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde fornecidos à população. ■

Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O futuro dos Sistemas Universais de Saúde – CONASS Debate. Brasília, DF: CONASS; 2018.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS. Brasília, DF: CONASS; 2015.
3. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 Dez 2016.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante – Coleção para entender a gestão do SUS. Atualização em junho de 2015. Brasília, DF: CONASS; 2015.
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O estado e as Redes de Atenção à Saúde – CONASS Documenta número 25. Brasília, DF: CONASS, 2012.
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2011.

SUS: conquistas e desafios

Brazilian Unified Health System: achievements and challenges

Mauro Guimarães Junqueira¹

APÓS IMPORTANTES CONQUISTAS PROVENIENTES DO MOVIMENTO da Reforma Sanitária Brasileira que foram consolidadas na VIII Conferência Nacional de Saúde¹ (1986), na criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária² (1986), na Constituição Federal³ (1988), na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (1988), na Lei Orgânica da Saúde⁴ (1990), na Norma Operacional Básica⁵⁻⁸ (1991, 1992, 1993, 1996), na Norma Operacional da Assistência à Saúde^{9,10} (2001, 2002), no Pacto pela Saúde¹¹ (2006), no Decreto nº 7.508¹² (2011) e na Lei Complementar nº 141¹³ (2012), a saúde pública no Brasil tem avançado fortemente, promovendo a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os cidadãos brasileiros.

Anualmente, o SUS realiza 1,7 milhão de partos, disponibiliza 6,5 milhões de órteses e próteses, realiza 11,7 milhões de internações, 19,9 milhões de procedimentos oncológicos, aplica 185,7 milhões de vacinas, dispensa 925,9 milhões de medicamentos de alto custo, realiza 1,4 bilhão de consultas e 4,5 bilhões de procedimentos ambulatoriais, atendendo uma população de mais de 209 milhões de habitantes, em uma extensão territorial de mais de 8,5 milhões de quilômetros quadrados. Para o provimento de todas essas ações, e de tantas outras de todos os níveis de atenção e complexidade, o volume de recursos financeiros das três esferas de gestão do sistema atinge R\$ 300 bilhões.

Existem, todavia, grandes desafios a serem superados. A ausência de governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹⁴ reflete um desequilíbrio na relação interfederativa e dificulta a garantia da integralidade na atenção. Ainda há uma grande disputa entre o sistema e as corporações e o setor privado sobre o modelo de atenção e gestão, o que dificulta o cumprimento das responsabilidades constitucionais na saúde. A efetiva regionalização dos serviços de saúde e a necessária adequação de sua governança que considere o papel dos entes da federação e o aprimoramento dos espaços de gestão regional são na atualidade uns dos grandes desafios na construção da saúde.

Outro grande desafio diz respeito aos trabalhadores do sistema. Grande parte do trabalho em saúde é de relação humana; e em todos os espaços, necessita quantidade, disponibilidade e qualificação específica. Contudo, para o cumprimento das responsabilidades constitucionais em saúde com qualidade e garantia de acesso, devem ser respeitados os limites da Lei Complementar nº 101/2002¹⁵. Adicionalmente, a crescente criminalização dos gestores públicos, que, muitas vezes, sofrem sanções de natureza pessoal – inclusive decretação de prisão – pelo descumprimento de determinações judiciais impossíveis de cumprimento, também se constitui como um dos atuais desafios na gestão do sistema. Nos últimos anos, milhares de secretários municipais e estaduais de saúde registraram a maior rotatividade dos cargos jamais vista no SUS. E não foi diferente no Ministério da Saúde, que registra 18 meses como a média de permanência dos ministros na pasta.

¹Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) – Brasília (DF), Brasil.
maurojunqueira@yahoo.com.br



De todos os desafios do SUS, o maior e mais antigo diz respeito ao seu financiamento. No entanto, nos últimos anos, o subfinanciamento foi agravado com a retração do financiamento federal, acrescido de um orçamento fragmentado, que dificulta a execução das ações necessárias no âmbito local e gera o acúmulo de recursos destinados especificamente para ações menos importantes neste âmbito. Atualmente, os R\$ 300 bilhões representam menos de R\$ 4,00 por habitantes/dia, e o total destinado não ultrapassa 8% do Produto Interno Bruto (PIB). Enquanto isso, subsídios oferecidos pelo governo federal atingiram em 13 anos o total de R\$ 4 trilhões. Tomando-se por base o orçamento do Ministério da Saúde, cerca de R\$ 130 bilhões/ano, pode-se dizer que a União oferece a cada ano subsídios que equivalem a dois orçamentos do Ministério da Saúde, ou a totalidade dos gastos públicos em saúde do Brasil.

Para além do arrocho financeiro, ainda há o desafio do planejamento regional perante a gestão financeira dos recursos repassados dos demais entes. No momento atual, o planejamento municipal deriva das determinações orçamentárias da União, minimizando o papel do Poder Legislativo municipal e dos Conselhos Municipais de Saúde, restringindo a autonomia municipal, o que fere os princípios do federalismo em nome de uma direcionalidade que se estabelece de maneira inversa ao que determina o art. 30 da Lei Complementar nº 141/2012¹³. O histórico dos repasses federais para os demais entes federados retrata claramente a necessidade do estabelecimento da implantação do critério de rateio preconizado na citada Lei, segundo a elaboração de uma metodologia que considere as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde.

O Conselho Nacional de Secretarias

Municipais de Saúde (Conasems) tem sua história estreitamente ligada à criação, implementação, fortalecimento e defesa desse sistema, considerado uma das políticas de maior inclusão social do mundo. Nos momentos que antecederam a conquista do SUS e nos anos iniciais de sua construção, foi no espaço municipalista que muitas das políticas de atenção à saúde foram e ainda são formuladas e experimentadas de forma criativa, sempre considerando as necessidades e potencialidades locais.

Em prol do desenvolvimento da saúde pública, da universalidade e da igualdade do acesso da população às ações e serviços de saúde, o Conasems vem fomentando a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁵ com diretrizes de pleito municipal com adequações na política ante a realidade brasileira e respeitando as singularidades dos municípios. Primordialmente, reafirma a Estratégia Saúde da Família (ESF)¹⁶ como modelo prioritário, mas também reconhece os demais modelos com Equipes de Atenção Básica. As proposições retomaram um processo necessário de revisão de uma importante política de saúde no sentido de sua própria dinâmica e a realidade composta das peculiaridades de um Brasil tão diverso. Entre outras finalidades, a nova política possibilita atender aos requisitos de a atenção básica assumir o papel de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das redes de atenção, qualificando o cuidado em saúde ofertado para a população, sob responsabilidade de todos os municípios brasileiros.

Conquistas e desafios da democratização da saúde, que se estendem até os dias de hoje, requerem da sociedade, dos conselhos de saúde, dos gestores municipais, estaduais e federais do SUS acreditar nos princípios e diretrizes do sistema e no compromisso da conquista por financiamento adequado e suficiente, e a permanente qualificação da gestão e dos gestores. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório Final da 8a Conferência Nacional da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 1986.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão nacional da reforma sanitária. Documentos III. Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 1987.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal. Brasília, DF; 1988.
4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 19 Set 1990.
5. Brasil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Fornece instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborada de conformidade com as Leis nº 8.074/90 e 8.080/90. Norma Operacional Básica/SUS. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Brasília, DF, 7 Jan 1991.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92). Brasília, DF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 7 Fev 1992.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília, DF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 20 Maio 1993.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Brasília, DF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 5 Nov 1996.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 26 Out 2001.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 27 Mar 2002.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 22 Nov 2006.
12. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência

- à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 28 Jul 2011.
13. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3o do art. 198 da constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 13 Jan 2012.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 30 Dez 2010.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 21 Set 2017.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 21 Out 2011.

O necessário reposicionamento do SUS no Brasil do Século XXI

The necessary repositioning of the SUS in 21st Century Brazil

Marcus Pestana¹

Introdução

Passados mais de 30 anos do lançamento dos pilares para construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no processo Constituinte de 1988, que implicou uma reforma disruptiva e de mudança de paradigma na organização do sistema público de saúde no Brasil, chegou o tempo da maturidade; e é hora de enfrentar os novos desafios colocados. Faz-se necessário abandonar a velha retórica que tece loas ao SUS e mascara problemas efetivos a serem enfrentados. Os avanços são inegáveis, mas é preciso reconhecer a distância abissal que existe a separar o SUS constitucional daquele que ganha vida real e concreta no cotidiano da população.

Trinta anos depois, o SUS não é nem o ‘paraíso’ presente no discurso de alguns gestores e sanitaristas mais entusiasmados, nem o caos que ocupa, por vezes, as manchetes de boa parte da mídia e discursos demagógicos de políticos populistas. O SUS é uma obra em permanente construção. Com tropeços e obstáculos, gargalos e vazios assistenciais, nesse período, sempre presenciamos avanços permanentes. Todavia, é inevitável perceber a presença de retrocessos nos últimos anos diante de uma brutal recessão e do agravamento sem precedentes da crise fiscal.

Destarte, pretendo com este artigo propor novas questões e colaborar para o reposicionamento necessário, em que tenhamos a ousadia de fazer o que precisa ser feito.

Ambiente externo inicial

A grave restrição fiscal indica o pequeno espaço para incrementos reais significativos no orçamento do SUS nos planos nacional, estaduais e municipais, o que dependerá fundamentalmente da capacidade negociadora dos gestores diante do sistema político decisório e da sociedade brasileira. A Emenda Constitucional 95¹, que versa sobre o limite de gastos públicos, fixa um teto agregado e global por poder, mas não tetos setoriais. O bom relacionamento com os centros decisórios será fundamental para a conquista de incrementos reais no orçamento do sistema de saúde.

A crise federativa e o estrangulamento orçamentário grave dos municípios e estados, a grande expectativa despertada pelos novos governos diante das modificações na dinâmica do processo político a partir das eleições de 2018, a crise econômica dos últimos anos que aumenta a demanda sobre o SUS – já que parcelas significativas da população abandonam o sistema privado de saúde e que a população de baixa renda tem sua situação de saúde agravada como efeito do desemprego e da redução de renda – dramatizam o desafio colocado².

¹Secretário da Secretaria de Estado de Saúde (SES) de Minas Gerais (2003/2010) - Belo Horizonte (MG), Brasil. Presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) (2006) - Brasília (DF), Brasil. Membro titular da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados (2011/2018) - Brasília (DF), Brasil.
marcus.pestana@hotmail.com



Condicionantes estruturais

O sistema público de saúde tem gestão e financiamento compartilhados em um país continental. Nenhuma nação no mundo apostou tão radicalmente na descentralização das políticas de saúde. Teremos, portanto, que administrar bem a ansiedade por resultados imediatos. A solidariedade entre os gestores das três esferas de poder é chave para a solução de problemas complexos e para o enfretamento de matérias polêmicas.

A estrutura institucional está dada, hoje é sabido que as estruturas flexíveis de gestão de serviços de saúde são muito mais eficientes e têm maior produtividade. É preciso traçar um rumo claro em relação aos arranjos institucionais ideais para os níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde. Outrossim, ter sabedoria na administração da transição do 'velho' modelo para arranjos inovadores^{3,4}.

O subfinanciamento do sistema público brasileiro de saúde é uma realidade inconteste desde seu nascimento. Hoje o SUS tem cerca de €300 per capita para concretizar o mandamento constitucional de uma atenção universal, integral e de qualidade. Sistemas com princípios e objetivos semelhantes, como o de Portugal e da Espanha, têm, respectivamente, €900 e €1.350 per capita. Mesmo países como a Argentina e o Chile, entre outros, que têm horizontes muito menos ambiciosos, asseguram de €400 a €500 per capita de investimento público⁵. Por conseguinte, diante da crise fiscal que inibe a expansão de gastos públicos no Brasil nos próximos anos e o subfinanciamento crônico do SUS, é preciso investir pesado em inovação e melhoria da produtividade dos recursos, combatendo ineficiências e fazendo mais e melhor com cada real investido.

Agenda temática a ser enfrentada

É preciso fazer novas perguntas e erguer novas respostas em relação a vários campos, a saber:

1. Aprimorar o relacionamento institucional com atores externos: Congresso Nacional, Assembleia Legislativa, Ministério Público, Poder Judiciário, imprensa, Conselhos de Saúde, sindicatos e associações de setores envolvidos, prestadores de serviço etc. Especial interesse deve receber a questão da judicialização da saúde.

2. Atenção Primária à Saúde

- Organização do mercado de trabalho, avaliação do Mais Médicos, carreira nacional, precarização, fixação do profissional, interiorização, áreas de risco, serviço civil obrigatório, qualidade da formação dos profissionais, regras para as residências médicas.

- Educação permanente dos profissionais e educação a distância.

- Protocolos e linhas guia.

- Plano diretor da atenção primária.

- Suporte da Telemedicina.

- Infraestrutura – unidades físicas e equipamentos.

- Contratualização de metas e financiamento.

3. Atenção secundária

- Avaliação de modelos institucionais de assistência: policlínicas públicas, consórcios intermunicipais, contratação de serviços privados.

- Protocolos e gestão do acesso.

- Integração com a atenção primária: referência e contrarreferência, fluxos de acesso.

4. Atenção terciária

- Diagnóstico da rede: aumento de

resolutividade, aumento da integração, solução para os pequenos hospitais, revisão do modelo de remuneração e contratualização.

- Regionalização da assistência e sistemas de regulação do acesso.
- Melhoria dos setores de controle, auditoria e avaliação.
- Investimentos seletivos e sustentáveis em vazios assistenciais.
- Hospitais universitários.
- Obras paradas.
- Avaliação da reforma psiquiátrica.

5. Vigilância em saúde

- Combate a endemias diante do retorno da ocorrência de doenças já erradicadas.
- Manutenção da excelência na cobertura vacinal.
- Ações de prevenção e promoção da saúde: alcoolismo, drogas, tabagismo com estratégias inovadoras.

6. Assistência farmacêutica e insumos estratégicos

- Modelo da assistência farmacêutica básica: descentralização versus escala.
- Medicamentos de alto custo: protocolos, acesso, compras, logística e incorporação, judicialização.
- Política de desenvolvimento científico, tecnológico e produtivo. Avaliação e correção de rumos ou não das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Papel dos laboratórios públicos. Modernização da legislação.

- Relacionamento com a indústria de equipamentos, insumos e medicamentos.

7. Planejamento e estratégia

- Análise dos Planos Diretores de Regionalização (PDR), Programações Pactuadas e Integradas (PPI) e vazios assistenciais.
- Novas fontes de financiamento. Coragem para encarar as complexas questões, mas inevitáveis, a meu juízo, da introdução do copagamento com critérios de equidade e a revisão da renúncia fiscal no Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) como subsídio público à saúde complementar.
- Revisão de carreiras e arranjos institucionais (relações com Organizações Sociais – OS, filantrópicas e organizações privadas).
- Relacionamento cooperativo com a saúde complementar.
- Modelo de incorporação de novas tecnologias e medicamentos e regulação clínica, com definição clara com solidez jurídica dos padrões de integralidade e definição de protocolos que inibam distorções na oferta de insumos e terapêuticas de alto custo. Creio que é preciso pensar em uma agência autônoma de incorporação tecnológica, chancelada pelo Poder Judiciário e pelo Ministério Público, com vistas a pacificar de forma sólida e permanente a judicialização da saúde.

8. Urgência e emergência

A avaliação crítica do funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), das experiências exitosas e de outras não tanto, com construção efetiva das redes de urgência e emergência, em todas as suas dimensões e sua governança e mecanismos de regulação, assim como dos padrões de financiamento compartilhados. Consolidação

da classificação de risco como linguagem unificadora da rede de urgência e emergência, com a hierarquização da rede hospitalar, revisão do papel das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e sofisticação da gestão dos fluxos.

9. Ferramentas tecnológicas de gestão

Diante do baixo horizonte de incremento real e significativo do orçamento do SUS, a única forma de aumentar a produtividade dos recursos aplicados é com a modernização de processos e com a introdução de ferramentas tecnológicas de gestão, tais como: cartão SUS, prontuário eletrônico, sistemas eletrônicos de regulação de acesso, sistemas de classificação de risco, sistemas de gestão da assistência farmacêutica.

10. Mercado de trabalho em saúde

Avaliação profunda do modelo de formação de profissionais de saúde, particularmente de profissionais da medicina, certificação, organização inteligente de carreiras, organização espacial da distribuição dos profissionais e qualificação permanente.

11. Controle e comunicação social

A comunicação social é uma ferramenta poderosa e central no apoio às políticas públicas de saúde. Por vezes, a ação de comunicação se reveste de caráter prioritário (campanhas de imunização, epidemias, promoção da saúde etc.). A percepção da população sobre o desempenho do SUS é contraditória e complexa. É importante dar status relevante a esse setor na dinâmica dos órgãos de gestão.

Já o controle social foi uma marca na implantação do SUS, mas hoje está contaminado por vícios e distorções adquiridos nestes 30 anos de existência da reforma sanitária brasileira. É preciso repensá-lo.

Conclusões

A Reforma Sanitária Brasileira, cujo marco fundador é a Constituição de 1988, produziu uma mudança radical de paradigma: de um sistema de acesso excludente para um de acesso universal; de uma centralização autoritária no velho Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) para a municipalização radical; de um modelo assistencial hospitalocêntrico e altamente medicalizado para a primazia da atenção da atenção primária e da vigilância em saúde; de uma fragmentação sistêmica para uma lógica única e integradora dos pontos de vista federativo e assistencial com o conceito de organização de redes.

Depois de 30 anos de existência do SUS, chegamos ao impasse da maturidade. A contradição entre um marco constitucional e legal excessivamente generoso e aberto, financiamento insuficiente e pressão de custos crescentes em função da transição demográfica e da veloz incorporação de inovações tecnológicas.

Diante de tamanho desafio, temos que perseguir a melhoria do financiamento e a busca de novas fontes de financiamento. Paralelamente, é essencial melhorar a gestão dos recursos existentes.

Podemos rever princípios constitucionais e legais, introduzir ferramentas de gestão mais eficientes e identificar formas de melhorar o financiamento.

Não há mais lugar para discursos ufanistas. As mazelas e os gargalos presentes no dia a dia do usuário do SUS saltam aos olhos. Diante disso, a pior atitude é a inércia ou o refúgio em um fundamentalismo sem base real. A conquista da utopia dos constituintes é um processo permanente. Estancar os retrocessos e ter ousadia para mudar o que é preciso mudar, arquivando dogmas e ‘vacas sagradas’ e enfrentando com realismo e coragem as novas perguntas que a realidade coloca diante de nós, parece ser o caminho. ■

Referências

1. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 Dez 2016.
2. Agência Nacional da Saúde Suplementar. Informações sobre a Saúde Suplementar - Beneficiários por UFs, Regiões Metropolitanas e Capitais. 2019 [acesso em 2019 maio 31]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/>.
3. La Forgia GM, Couttolenc BF. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular; 2009.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde 2. ed. Brasília, DF: OPAS/CONASS; 2011.
5. Câmara dos Deputados do Brasil e Governos da Espanha e Portugal. Relatório da Missão de Cooperação Técnica entre a CSSF. 2018.

30 anos pós-Constituição Cidadã/1988: qual política de saúde prevalece?*

30 years after the 1988 Constitution: which health policy prevails?

Nelson Rodrigues dos Santos¹

*Este artigo está no prelo para publicação no livro 'Saúde coletiva: políticas públicas em defesa do sistema universal de saúde' em edição pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) - Unidade de Chapecó, Editora UFFS.

Introdução

Entre os modelos de atenção à saúde que podem coexistir em cada país e sociedade, constatamos os dois que sobressaem na realidade brasileira, sob os objetivos deste texto: 1. 'modelo tradicional', polarizado pelo atendimento diagnóstico-terapêutico de doenças já instaladas ou agravadas, com maior custo unitário, destinado a demandas crescentes e, dependendo do país, com agravamentos decorrentes de esperas de semanas, meses e até mais de ano, muito sensível aos interesses do mercado da assistência aos doentes, modelo esse com maior paradigma nos Estados Unidos da América (EUA); e 2. 'modelo direito de cidadania', polarizado pelas ações de atenção básica ou primária à saúde, que integra simultaneamente a promoção da saúde, a proteção às situações de riscos à saúde, os diagnósticos e tratamentos precoces e o cuidado continuado aos portadores de doenças crônicas e egressos de intervenções clínicas e cirúrgicas mais densas. Sua realização, na prática, é condicionada ao rápido e fácil acesso: das comunidades aos serviços, e das equipes de saúde à comunidade.

Assim, a atenção básica é resolutiva para 80-90% do atendimento, com a responsabilidade de assegurar encaminhamento oportuno para assistência curativa específica de média ou alta densidade tecnológica, ambulatorial ou hospitalar, aos 10-20% que dela necessitar. Esse modelo é largamente hegemônico, a partir da II Guerra Mundial, na maioria dos países europeus, Canadá, Japão e outros, sob reconhecidas variações com as realidades históricas socioeconômicas-culturais de cada um, ou mais Beveridgianos ou Bismarckianos ou Estado mais provedor ou executor ou regulador. Nesses países, a implementação do 'modelo direito de cidadania' teve adesão consistente na grande maioria da população e, em poucas décadas, obteve alto grau de irreversibilidade como política pública de Estado, que vem convivendo em equilíbrio dinâmico com o 'modelo tradicional' preferido e utilizado por minoria da população. Os indicadores acumulados de eficácia social, custo-efetividade e satisfação/participação da população são fartos a favor dos sistemas públicos universalistas de saúde quando comparados aos modelos hegemônicos pelo mercado. Vale destacar que os valores subjacentes aos jargões populares 'mais vale prevenir do que curar' e 'curar as doenças no início do que já avançadas' estão no âmbito dos valores gregários da qualidade de vida, alteridade e solidariedade, que se desenvolvem milenarmente no processo civilizatório humano. Trata-se simplesmente de opção por valores e modelos atrelados aos direitos de cidadania, que antecedem e orientam a construção da eficácia social, da gestão pública, da relação custo-efetividade, relações com o mercado etc. Voltaremos aos valores civilizatórios na segunda e terceira partes deste texto.

¹Professor aposentado da Universidade de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Departamento de Saúde Coletiva (DCS) - Campinas (SP), Brasil. Membro do Conselho Superior do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa) - Campinas (SP), Brasil. nelsonrs@unicamp.br



O sistema público de saúde inglês, com 20 a 30 anos de implementação, já era referência internacional, inclusive para o nascente Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) nos anos 1970. Abordaremos a seguir os conflitos e disputas em torno de modelos de atenção na área da saúde. Simultaneamente, desde o final dos anos 1980, vem-se desenvolvendo, no cenário internacional, os 30 anos da ‘austeridade fiscal’, imposta às políticas sociais pelo sistema financeiro globalizado, o que vem abalando, sob diferentes formatos, os sistemas públicos de saúde dos países referidos anteriormente. O ‘modelo tradicional’, agora ‘modernizado’ pela dinâmica da acumulação exponencial da especulação financeira, envolve as empresas de seguros privados de saúde, indústria monopolista de medicamentos e equipamentos em saúde, redes de hospitais privados e outros ramos. Contudo, não vem conseguindo, até o momento, desestruturar as vigas-mestras dos citados sistemas públicos universalistas de saúde. Em nosso país, o ‘modelo direito de cidadania’ consta na Constituição Federal/1988 com redação mais detalhada do que nos próprios países de origem.

Política pública de saúde no Brasil: questões e desafios

É uma política de Estado explicitada na Constituição Federal/1988 e Leis nº 8.080 e nº 8.142/1990, com base em ‘inusitada legitimidade’ que resultou do crescente debate democrático na sociedade iniciado nos anos 1970 e avançado nos anos 1980 pelo MRSB e pelo Movimento Municipal de Saúde, pelos impactantes Simpósios Nacionais sobre Política de Saúde na Câmara dos Deputados Federais (1979 e 1982), pela assunção de decisivas direções na saúde previdenciária, por lideranças do MRSB, pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987), pela Assembleia Nacional Constituinte (1987/1988) e pelo Congresso Nacional (1989/1990).

Proporcionou com legitimidade inusitada profunda mudança estrutural na política pública de Estado, ao lado de outras mudanças estruturais vinculadas aos direitos sociais de cidadania consagrados no art. 6º e Título da Ordem Social da Constituição Federal/1988, que assegurou, para a sua realização, o fundamental Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Antes, o ‘modelo tradicional’ ambulatorial e hospitalar cobria quase metade da população com assistência médica privada liberal em consultórios privados e Santas Casas ou por meio dos antigos institutos da previdência e assistência social por categoria, além das campanhas federais de controle de doenças transmissíveis específicas, permanecendo a outra metade da população desassistida ou subassistida por iniciativas filantrópicas. A partir de 1988, ficaram constitucionalizados os direitos de cidadania e a construção do modelo de saúde universalista, a integralidade e a equidade, orientadas pela diversidade regional, descentralização e participação comunitária.

A partir de 1990, com a aprovação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, sua aplicação viu-se, na prática, perante o desafio da formulação de estratégias implementadoras na construção do novo modelo, só possível de forma gradativa e construtiva ante os interesses herdados da hegemonia do modelo anterior. Qual vem sendo, na prática: a) o desenvolvimento do desafio dessas estratégias implementadoras da Constituição Federal/1988 nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)? b) o desenvolvimento, também nesses 30 anos, da adequação dos interesses particulares do ‘modelo tradicional’ historicamente acumulados? e c) hoje, quais as perspectivas, desafios maiores e rumos críveis e esperançosos?

São questões de complexo processo de crescentes análises e buscas ao longo desses 30 anos que desafiam a militância do direito universal à saúde. Dois exemplos: os 75% da população (150 milhões) que dependem somente do SUS permanecem com pouca adesão, valores e mobilização à altura da relevância da conquista legal; e a comprovada expansão da atenção

básica, do atendimento às urgências, da atenção especializada, imunizações etc. não mudam o modelo tradicional, permanecendo a saúde a maior queixa da população¹. Entre as incontáveis análises e recomendações que muito se acumulam nos eventos e publicações nesse período, retomamos discricionariamente cinco, visando aclarar um pouco mais essas buscas. Elas referem-se às políticas e às estratégias imbricadas entre si, de atividades meio (estruturas) e finalísticas (com a população), quais sejam: 1 – financiamento; 2 – gestão dos recursos humanos necessários; 3 – atenção básica: seu desafio da universalidade com qualidade, efetividade e resolutividade; 4 – regionalização do sistema; e 5 – potencial estratégico dos avanços possíveis acumulados.

Financiamento

Quinze países com melhores sistemas públicos de saúde universalistas colocam nestes, em média, 7 a 8% do Produto Interno Bruto (PIB); enquanto nos 30 anos do SUS, permanecemos com 3,8%, devido à obstinação federal de não ultrapassar sua parcela de 1,7%, com crescimento só pelos estados e municípios, o que mantém nosso per capita do SUS, em dólares padronizados pelo poder de compra, entre um quinto e um sexto do praticado naqueles países.

Esse subfinanciamento federal, que reduziu entre um terço e a metade o valor inicialmente indicado e determinado pela Constituição Federal/1988, vem-se dando uniformemente nos 30 anos do SUS como política e estratégia em todas as conjunturas e coligações políticas. Iniciou com o descumprimento da indicação constitucional de 30% do OSS para o SUS, vindo até a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que trocou a vinculação à receita pela inflação; passou pela subtração do Fundo da Previdência Social da base de cálculo, pelo desvio da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) criada para o SUS, pela criação da Desvinculação de Receitas da União (DRU), pela imposição da EC 29 no lugar do PEC 169, pela pressão da esfera federal para

retirada de pauta dos quatro projetos de lei apresentados e debatidos em 2004, 2007, 2012 e 2013, que destinavam 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) ao SUS, que acresceriam somente 0,7% do PIB (vinculados ao planejamento e orçamentação ascendentes, fortalecimento e expansão da atenção básica às necessidades e direitos da população, e priorização à equidade e à regionalização, com vistas ao resgate da construção do ‘modelo direito de cidadania’), e pela EC 86/2015, que reduziu o patamar mínimo federal ao SUS. Entre 2002 e 2017, a participação federal no financiamento do SUS permaneceu caindo, passando de 52 para 43%, enquanto a municipal subiu de 25 a 30%; e a estadual, de 22 a 25%¹.

Essa política de Estado por 30 anos, com base no baixíssimo investimento federal na expansão da rede física própria, levou o governo federal a estender os contratos e convênios com a rede privada muito além do caráter complementar pactuado na Constituição Federal/1988, a ponto de hoje, por volta de 65% das hospitalizações e mais de 90% dos exames diagnósticos e tratamentos especiais pelo SUS serem realizados na rede privada e pagos pela gestão do SUS segundo tabela que privilegia os serviços e tecnologias mais sofisticados de médio e alto custo. É oportuno lembrar que a maioria dos países com sistemas públicos universalistas de saúde bem-sucedidos, valem-se, excepcionalmente, de alguma forma de contratos de serviços privados complementares, de comprovado interesse público, que efetivam funções como se públicos fossem e como tal são regulados, o que nos remete ao cotejo de como se desenvolveu a hegemonia na sociedade e Estado em nosso país nas últimas três décadas.

Essa mesma política de Estado, ao guiar o Ministério da Saúde (MS) no subfinanciamento do SUS, guia também os Ministérios da Fazenda, da Casa Civil e o de Planejamento/Orçamento/Gestão na produção de três polpudas formas de subsídio público à oferta e ao consumo no mercado de serviços de saúde, com valor total correspondente a mais de 40% do orçamento do MS. Primeira: somente a renúncia fiscal anual

no imposto de renda (pessoa física e jurídica) ao mercado das empresas privadas de planos e seguros de saúde tem valor maior que 150% da soma do lucro líquido legalmente por elas declarado, ou seja, o Estado banca a rentabilidade desse ramo empresarial; segunda: a esfera federal cofinancia planos e seguros privados para os servidores e empregados públicos da administração direta e indireta dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; e terceira: o ressarcimento previsto em lei, das empresas de planos e seguros privados de saúde à gestão do SUS, dos valores correspondentes ao atendimento pelo SUS dos seus segurados, é praticado apenas simbolicamente. Em consequência, os 25% da população que consomem planos privados de saúde têm seu per capita total para a saúde 4 a 6 vezes maior que o dos 75% que dependem só do SUS¹.

Quanto ao já referido desinvestimento na rede física própria do SUS, torna-se chocante a comparação com os elevadíssimos empréstimos altamente subsidiados com recursos públicos, do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) entre 2007 e 2011, a empresas de planos e seguros privados para construção de seus hospitais próprios e também para os hospitais privados de grande porte mais sofisticados em três capitais, que dobraram sua estrutura física. Essa real ‘política de Estado’ de financiamento do sistema público e do mercado na saúde não constou no debate constitucional e da Lei Orgânica da Saúde nos anos 1980, nem no pacto social subjacente. É inversa à política de Estado dos 15 países referidos inicialmente, com sistemas públicos universalistas, onde, dos gastos totais em saúde, são, em média, 75% de origem pública e 25% de origem privada, quando em nosso país são o inverso: 42% e 58% (similar aos 48% e 52% dos EUA)².

Essa política de Estado desconsidera também os resultados de importantes e respeitadíssimas pesquisas e análises econômicas internacionais e nacionais, referentes aos multiplicadores fiscais, em que, para cada unidade monetária investida na saúde, o PIB no Brasil cresce 1,7 unidade (nos países europeus, EUA e Japão,

cresce 3 unidades)³. Não é demais lembrar que essa política e estratégia, se aplicada nos 15 países já apontados com os melhores sistemas de saúde universalistas, não sustentaria a continuidade do desempenho e impacto positivo lá contemplados.

Gestão dos recursos humanos necessários

Eixo estruturante decisivo para a realização desse direito de cidadania, os fundamentos e as estratégias para a formação e gestão dos recursos humanos foram amplamente debatidos em todo o processo sociopolítico que gerou o SUS, em especial na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987), na Assembleia Nacional Constituinte (1988) e nos Conselhos de Saúde. Inclusive pela perspectiva de que os trabalhadores de saúde do SUS de todos os estratos sociais (servidores e empregados públicos e empregados dos serviços privados complementares) também estavam com o seu direito de cidadania à saúde garantido pela Constituição Federal/1988 por meio desse sistema. Deve ser lembrado que, nos debates de 1986/1987/1988, todas as federações dos trabalhadores sindicalizados posicionaram-se claramente a favor da aprovação do SUS, também como conquista das classes trabalhadoras. Na época, nas microrregiões de concentração de grandes empresas industriais na grande São Paulo e grande Rio, paralelamente à assistência médica previdenciária, iniciava-se a cobertura de assistência médica pelos ‘convênios-empresa’ de ‘medicina de grupo’, os primeiros planos privados de saúde, e as federações sindicais expressavam a disposição de adesão ao SUS, destacando a imperiosidade das suas diretrizes constitucionais serem efetivamente cumpridas.

Esse amplo e hegemônico debate constitucional levou, naturalmente, às grandes e inéditas conquistas legais de constar no art. 200 da Constituição Federal/1988 a competência do SUS para a atribuição de ordenar a formação

dos recursos humanos na área da saúde. No art. 15 da Lei nº 8.080/90, a competência das três esferas de governo para a atribuição de participar na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, e mais os arts. 27, 28 e 30. Também no art. 4º da Lei nº 8.142/90, a implantação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) pelos gestores descentralizados como condição para recebimento dos repasses financeiros.

Desde os anos 1990, contudo, paralelamente ao subfinanciamento, revelou-se também na área dos recursos humanos essenciais ao SUS a desresponsabilização federal. Restou a insuficiência dos recursos próprios municipais e estaduais para o custeio das obrigações legais no desenvolvimento dos recursos humanos para o SUS, permanecendo inviável a realização suficiente dos concursos públicos, dos PCCS, educação permanente e demais pressupostos da imprescindível política pública de recursos humanos. Esse impedimento ao SUS teve golpe final com artigo da Lei da Responsabilidade Fiscal/2000 que limitou drasticamente a expansão do pessoal municipal de saúde. Ademais, permanece até hoje a ausência de critérios adequados ao SUS para vagas de residência médica, assim como especializações e estágios para todas as profissões na área da saúde¹.

Para cumprir, de algum modo, sua responsabilidade legal da descentralização da gestão do atendimento às crescentes demandas da população, agora mais consciente dos seus direitos, os municípios viram-se obrigados a comprar, de empresas privadas fornecedoras de recursos humanos, a alocação de pessoal de saúde nas unidades públicas municipais, sob valores compatíveis com os baixos repasses federais. Sob o mesmo manto de baixo custo para viabilização do SUS, também no ano de 2000, a esfera federal aprovou a lei criadora das Organizações Sociais (OS), novos entes privados prestadores de serviços em unidades públicas de saúde (básicas, ambulatoriais, laboratoriais e hospitalares) sob o pretexto de parcerias para atender com menores custos. Na prática, as OS são, em regra, uma função que, há

quase 20 anos, vem camuflando a postergação da realização das diretrizes constitucionais da Equidade e Integralidade no processo da construção da universalidade. Além do mais, em muitas situações, participam de desvios para enriquecimentos ilícitos e financiamentos de campanhas eleitorais.

Como no caso dos serviços privados complementares, há operações similares às OS em países com sistemas públicos de saúde universalistas bem-sucedidos, mas sempre em situações excepcionais, funcionando como se públicas fossem. Aqui também somos remetidos ao cotejo de como se desenvolveu a hegemonia em nossa sociedade e Estado nos anos 1980, e como se desenvolve nos últimos 30 anos. Da mesma maneira que na questão da política e estratégia do financiamento, também a dos recursos humanos, se aplicada naqueles 15 países, seguramente não sustentaria a continuidade dos direitos de cidadania lá contemplados. Quanto ao Mais Médicos, para fins deste texto, destacamos o enorme impacto e adesão da sociedade com o atendimento de qualidade e justo à população ‘SUS-dependente’, assim como o início da articulação MS-MEC (Ministério da Educação), porém desnecessários caso, aos 23 anos do SUS, as diretrizes constitucionais das Leis nº 8.080 e nº 8.142/90 e das Conferências Nacionais de Saúde estivessem em real implementação.

Atenção básica: seu desafio da universalidade com qualidade, efetividade e resolutividade

Ficou exposta na Introdução a conceituação de atenção básica para fins deste texto. Esse ‘coração’ do ‘modelo direito de cidadania’ tem raízes em nossa sociedade, que devem ser lembradas perante os atuais desafios da construção e realização de todo o sistema. Vem-se acumulando em nosso país desde os anos 1970, quando crescentes iniciativas da esfera municipal em cidades médias e grandes dirigiam-se à atenuação da inusitada tensão social gerada nas periferias urbanas, em decorrência da pauperização e massiva

migração rural-urbana iniciada ao final da década anterior.

A essas iniciativas, agregavam-se crescentemente jovens profissionais das várias áreas da saúde e sanitaristas desejosos de novas políticas de direitos sociais. A Conferência Mundial da Organização Mundial da Saúde (OMS) de Alma-Ata, em 1978, que formulou e promoveu os pilares conceituais e operacionais da Atenção Primária à Saúde (APS), veio legitimar, enriquecer e fortalecer o que em nosso país já era uma prática em plena construção, com intenso intercâmbio de experiências municipais nas várias regiões do Brasil, contra-hegemônica, mas consistente.

No decorrer dos anos 1980, ficaram consignadas e testadas as grandes questões da implementação da atenção básica na realidade brasileira, até hoje presentes: das necessidades e direitos da população, da equipe multiprofissional, dos agentes comunitários de saúde, da atenção integral, da porta de entrada, da aderência e fixação dos profissionais à população, do acesso, dos locais das atividades (Unidades Básicas de Saúde – UBS e comunidade), da adscrição da clientela e outras. A crescente organização das Secretarias Municipais de Saúde em todos os estados com intenso intercâmbio resultou nos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) em cada um deles, que, ao final da década, fundaram o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Após a aprovação das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, ao contrário do esperado, a esfera federal iniciou a retração da sua contrapartida no financiamento do SUS e operou a compra de serviços prestados pelos municípios e estados. Apesar dos pleitos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conasems em debater a construção do novo modelo constitucional para a saúde, somente em 1994 o MS aceitou formalmente debater e aprovar com os gestores descentralizados a atenção básica enquanto estratégia fundamental na construção do SUS. Contudo, a efetivação dessa estratégia permanece no baixíssimo patamar imposto pela política de recursos humanos extremamente

retrógrada anti-SUS e principalmente pelo subfinanciamento muito aquém do mínimo necessário para a construção da integralidade e equidade no rumo da universalidade¹.

Nos países que realizam o ‘modelo direito de cidadania’, em média, 65% do financiamento público na saúde é destinado à atenção básica; e 30%, à assistência hospitalar, enquanto em nosso país se dá o inverso: 30% e 65%. Ademais, permanece o desafio já com 30 anos: ou expandir a cobertura com algum tipo de ação de saúde por cidadão ao ano, com equipe de saúde desfalcada e poucos recursos, com baixa resolutividade, ou expandir a atenção básica integral de qualidade e resolutiva aos 75% da população (mais de 150 milhões) que não tem meios de pagar plano privado de saúde: nas periferias urbanas, municípios menores e zona rural. Aí está a maioria da classe média-baixa com renda mensal entre 2 e 5 Salários Mínimos (SM), os pobres entre 1 e 2 SM e os miseráveis abaixo de 1 SM. Desafio não menor: expandir também à classe média-média com renda mensal entre 5 e 10 SM, 15% da população (mais de 30 milhões), que inclui toda a estrutura sindical e suas centrais, também consumidores de planos privados assistenciais, cujo campo maior de pleitos em saúde nos 30 anos do SUS vem sendo os dissídios coletivos na justiça do trabalho.

O apoio dos trabalhadores organizados e sua mobilização por um SUS resolutivo de qualidade e acolhedor foi decisivo, com base na história da criação e desenvolvimento dos sistemas de saúde universalistas nos 15 países já referidos e na maioria dos 36 membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). No Brasil, foi assim até o final dos anos 1980. Quanto à implementação da atenção básica sob as condições referidas em nosso país, predominam largamente resultados possíveis nos limites dos programas de menor custo: focalizados nos grupos populacionais mais excluídos ou de maior tensão social, e compensatórios por se concentrar nos sintomas e consequências, com poucas condições de assumir o processo da atenção integral e equitativa à saúde

da população. Essa é a real e efetiva política e estratégia federal para a atenção básica¹.

Esses limites impostos pelas estratégias dominantes vêm predominando há três décadas, mas não há como evitar a emergência de inúmeras situações no território nacional, permeáveis a alguma forma de realização mais avançada dos pressupostos da atenção básica segundo os direitos de cidadania, ao que retornaremos mais à frente neste texto, nos avanços possíveis acumulados. A seguir, destacaremos a inusitada capacidade produtiva de ações e serviços de saúde pelo SUS nos seus 30 anos.

Com os parquíssimos recursos e política federal extremamente retrógrada de recursos humanos, os gestores descentralizados e os trabalhadores de saúde, desde o início, intensificam exaustivamente o atendimento em função dos direitos de cidadania e da universalidade, evitando repressão da demanda, o que gerou a inclusão, nos anos 1990, de quase metade da população excluída antes do SUS, de qualquer atendimento em todas as regiões do País, mas mantendo a esperança e esforços possíveis na construção da integralidade e equidade. A assunção da atenção básica e integral pelos municípios – pré-SUS e a diretriz constitucional da descentralização, além da inusitada inclusão em uma década, ainda que sob o predomínio do modelo tradicional – resultou grande impacto nos níveis de saúde da população¹.

Pesquisadores de outros países e de agências internacionais já revelaram admiração pela alta capacidade produtiva e eficiência da nossa gestão descentralizada e trabalhadores do SUS com tão pouco financiamento e atrasada gestão de recursos humanos: ao ano, por volta de 3 bilhões de ações de atenção básica e 2 bilhões de atendimentos especializados, incluindo mais de 600 milhões de exames radiológicos e laboratoriais, por volta de 15 milhões de seções de radioquimioterapia, 11 milhões de hemodiálises, 10 milhões de internações, 25 mil transplantes e outros. No entanto, impõe-se a grande dúvida se essa grande produtividade e eficiência estão acompanhadas, no referido período, pelo crescimento da eficácia social definida e prevista

com a implementação do ‘modelo direito de cidadania’ com as diretrizes do SUS.

Permanece o desafio da atenção básica na construção do novo modelo, com seu crucial objetivo estratégico há 30 anos, de realizar a meta de cobrir 90% da população por ações integrais e resolutivas de promoção da saúde, proteção de riscos e diagnóstico/tratamento precoces, e, por consequência, uma drástica redução das situações de diagnóstico/tratamento tardios, comprovadamente evitáveis, de maior custo financeiro unitário e sofrimento para os doentes. Há indicadores muito significativos e preocupantes em relação à implementação dessa meta, só a título de exemplos: esperas de 1 mês a mais de 1 ano para consultas e exames diagnósticos mais sofisticados do câncer de útero, haja vista sua mortalidade ser 5 vezes maior; e a sobrevivência pós-tratamento, 5 vezes menor do que nos países como Canadá e outros. Também nossas esperas para início de tratamento após o diagnóstico de câncer: média de 2-3 meses para quimioterapia e acima de 4 meses para radioterapia. Mais agravamentos evitáveis são gerados pelas esperas de meses a anos em relação às cardiopatias, às insuficiências renais e aos acidentes vasculares cerebrais ligados à hipertensão, diabetes, infecções, falhas alimentares etc., e também às artroses coxofemorais, lombalgias e outras: todas cronificando, prolongando grandes sofrimentos, incapacitando para o trabalho e rebaixando a qualidade de vida, inclusive dos familiares. Recente estudo realizado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade de Stanford, EUA, e Imperial College, Londres, relaciona a nossa EC 95/2016 (congela os gastos federais com o SUS de 2017 a 2030 incluindo a atenção básica e a paralização do ‘Mais Médicos’) à expansão e agravamento de doenças, incluindo 100 mil óbitos evitáveis.

Um milhão é o número estimado de cirurgias em fila de espera entre semanas e anos. Cremos oportuna a lembrança de refrão frequente, repetido com angústia por representantes dos gestores descentralizados perante os gestores federais:

Na gestão municipal do SUS, a assistência às urgências e casos de maior gravidade, consomem recursos com prioridade inapelável perante a Lei e a pressão da comunidade, e com os parcos repasses de recursos federais, a Atenção Básica oportuna e efetiva permanece com recursos extremamente insuficientes, o que gera sempre mais casos urgentes e graves sabidamente evitáveis, fechando perverso e sofrido ciclo vicioso.

Os exemplos acima citados integram um conjunto maior de constatações objetivas e avaliações nas três décadas do SUS, com evidente e crescente predomínio dos diagnósticos e terapias tardios evitáveis de médio e alto custo, aí encontrando-se o real e enorme desperdício no sistema público, o que tornou inadiável o reconhecimento de qual modelo de atenção vem sendo efetivamente implementado em nome dos preceitos constitucionais.

Em que volume, formato e qualidade as ações e serviços públicos de saúde vêm chegando a cada segmento da população nesses 30 anos? Qual a prática do significado da atenção básica para cada um? Com integralidade e equidade? Nesses 30 anos, o processo de implementação da atenção básica como maior eixo estratégico da construção do novo modelo de atenção vem-se impondo; e estamos somente perante questão de tempo?

Regionalização do Sistema

Esta quinta política e estratégia, a Regionalização do Sistema, foi tomada para fins deste texto por enunciar, já no caput do art. 198 da Constituição Federal/1988, a unicidade do nosso sistema público de saúde, vinculada à rede regionalizada e hierarquizada, e daí decorrendo as diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. Vejo esse enunciado como síntese extremamente lúcida dos debates e buscas do MRSB, que passaram pelos encontros de Secretarias Municipais de Saúde (anos 1970 e 1980), Simpósios Nacionais de Políticas

de Saúde (1979 e 1982), VIII Conferência Nacional (1986), Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987), Assembleia Nacional Constituinte (1988) e Leis nº 8.080 e nº 8.142 (1990). Constaram nesses debates as práticas municipais de atenção primária, da universalidade, integralidade e equidade; a interação Ministérios da Saúde e o da Previdência e Assistência Social a partir de 1980, com os ricos avanços das Ações Integradas de Saúde (1983) e Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (1986), e também a observação da experiência acumulada nos países que consolidavam sistemas nacionais de saúde públicos universalistas, onde a menor célula territorial e populacional é a Região de Saúde, que reproduz o sistema nas realidades regionais: populacionais, socioeconômicas, epidemiológicas, capacidade dos serviços e acessibilidade. Inclusive porque a complexa implementação da diretriz da Integralidade está condicionada à estratégia única definida conjuntamente pelas três esferas de governo em cada Região de Saúde.

Desde o início dos anos 1990, contudo, o MS, sob o peso da política econômica, além de não cumprir a esperada parcela federal no financiamento do SUS, adotou a forma de compra de serviços prestados pelos estados e municípios sob o modelo do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o que compeliu os gestores descentralizados a organizar seus procedimentos administrativos e financeiros como prestadores de serviços em cumprimento das Normas Operacionais Básicas (NOB) do MS e a iniciar algum compartilhamento na gestão somente em 1993. Sob o imenso sufoco dessa distorção federal e, principalmente, sob o desafio e sufoco de dar conta da vultosa demanda historicamente reprimida, as circunstâncias para a construção da regionalização estavam postergadas.

Em 1995, preocupados com essa postergação, o Conass e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) organizaram e realizaram concorrida oficina de trabalho sobre a regionalização, com a participação do Conasems e do MS, que resultou em análises e recomendações

debatidas e aprovadas por todos, incisivas para início de formulações conjuntas e estratégias de implementação dessa diretriz constitucional. O MS, que sediava e coordenava a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), desconsiderou na sua pauta aquelas recomendações, na época, sob a justificativa de que não haveria recursos federais adicionais.

O esforço pela regionalização voltou ao debate entre 2003 e 2013 com os quatro projetos de lei para elevação da parcela federal a 10% da receita corrente bruta (acréscimo de 0,7% do PIB), já aqui abordados, todos vetados pela área econômica federal com controle fisiológico do Legislativo. Restou, porém, saldo marcadamente positivo na acumulação de experiência na gestão descentralizada e pactuação no SUS: municipal, estadual e intermunicipal, enriquecendo as pautas na maioria dos Cosems, no Conasems e Conass. Esse saldo positivo estende-se à nova e grande rede institucional articulada entre a CIT, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), as Comissões Intergestores Regionais (CIR), os Conselhos de Saúde nas três esferas, além, nos últimos anos, dos Conselhos Nacionais da Justiça e do Ministério Público (com áreas da saúde), entre outros. Contudo, esse saldo positivo permanece desenvolvendo-se no espaço contra-hegemônico estatal tripartite conflituoso e tenso, perante as derrotas impostas pelas políticas de Estado ‘Federais’; ele aponta para a implementação da regionalização com gestão regional pactuada permanentemente entre os municípios integrantes e o estado, para realizar uma gestão regional sob modalidade consorcial ou outra, não recebendo autonomia de ‘4ª esfera federada’. Mais à frente, retornaremos ao que entendemos por políticas de Estado ‘Federais’ nos últimos 30 anos.

Temos a grande diversidade regional de país continental com 27 estados, 5.570 municípios (3.890 abaixo de 20 mil habitantes e 1.390 abaixo de 5.000) e proposta atual de 436 Regiões de Saúde, com desejável redução para menos de 300, considerando o grande crescimento da densidade populacional em extensas periferias

urbanas. Legalmente, restam de positivo para a regionalização: o Decreto nº 7.508/2011 e a Lei nº 141/2012, quase nada implementados, mas na condição de legítimos e potentes patamares técnicos e conceituais para especial mobilização dos gestores descentralizados, dos conselhos de saúde e da militância da reforma sanitária brasileira⁴. Pressupostamente, essa mobilização somente gerará mudanças efetivas quando atingir entidades da sociedade, as comissões de saúde, ‘frentes’ do Legislativo e projetos de governo do Executivo.

Para essa mobilização e debates, creio que devem ser encaradas questões cruciais, pendentes até hoje, como: 1. por que, aos 30 anos do SUS, os critérios de rateio dos repasses federais aos estados e municípios não são pautados pelas necessidades e direitos da população municipal e regional, definidos pelo planejamento e orçamentação ascendentes (Leis nº 8.080/90, art. 36; e nº 141/2012)? 2. por que, após as NOB, o MS criou as ‘caixinhas’ de repasses que chegaram a mais de 200, negociadas uma a uma com os 27 estados e 5.570 municípios? E por que só a partir de 2006 o MS assumiu pactuar os repasses por blocos? 3. por que só a partir da EC 95/2016, que constitucionaliza regressão do financiamento federal do SUS perante o crescimento da população e dos custos das compras públicas em saúde, foi permitida a simplificação dos repasses federais em dois blocos: investimento e custeio? e 4. há viabilidade e perspectiva de vontades políticas para contrapor, ainda que por etapas, a efetiva implementação do Decreto nº 7.508/2011 e da Lei nº 141/2012?

Subjacente à real possibilidade histórica de construção da hegemonia do modelo ‘direito de cidadania à saúde’, torna-se imperiosa a constatação, aqui resumida, de que o real desenvolvimento de cada uma e do conjunto das quatro vigas-mestras – Financiamento, Gestão dos Recursos Humanos, Atenção Básica e Regionalização – está há 30 anos voltado para a construção da hegemonia do modelo tradicional ‘modernizado’. Esta real hegemonia vem sendo construída uniformemente

durante todos os mandatos presidenciais e respectivas coligações políticas e partidárias, até nossos dias, ao largo das oscilações do acesso da militância SUS a funções de alta direção na esfera federal.

Potencial estratégico dos avanços possíveis acumulados

É oportuno considerar que, apesar dos significativos avanços possíveis, nas pesquisas de opinião a desatenção ao direito à saúde nos serviços públicos e privados vem constando como primeira crítica da população às responsabilidades dos governos. Recente pesquisa encomendada pelo Conselho Nacional de Justiça aponta crescimento de 131% do número de ações judiciais nos serviços públicos e privados de saúde entre 2008 e 2017, sobressaindo medicamentos, órteses/próteses e exames/procedimentos. O respectivo gasto público das três esferas com ações judiciais nesse período, concentrado nos estados e municípios, ficou estimado em R\$ 7 bilhões. Uma questão preocupante é a transferência da gestão do SUS para a gestão jurídica, o que deve ser visto também sob o ângulo do esgotamento das políticas e estratégias federais de manter e modernizar o ‘modelo tradicional’, ainda que esse esgotamento e alternativas a ele demandem tempo imprevisível de análises, formulação de estratégias e mobilizações.

Descontando a crescente e perversa articulação lobista entre a indústria (medicamentos, equipamentos, órteses, próteses, materiais especiais etc.), com a medicina e advocacia especializadas, que abocanham boa parte dos estimados R\$ 7 bilhões públicos, há o lado da última chance de crescente número de cidadãos ter seu direito atendido. Em contraposição, o primeiro avanço estruturante constatado na prática é a realização da atenção básica com resolutividade de 80 a 90% em inúmeros locais e microrregiões no território nacional, com circunstâncias e características favoráveis e/ou excepcionais para a atuação de gestores, equipes de saúde de família, demais trabalhadores de

saúde, equipes de apoio matricial, infraestrutura física e suporte de referências especializadas, não raro em integração com atividades acadêmicas. Esse avanço só se dá nessas condições favoráveis que são exceções no território nacional, e acontecem em todas as macrorregiões. São verdadeiras ilhas ou nichos que resistem e avançam nos limites do possível, muitos retrocedendo, mas simultaneamente sendo substituídos por outros similares que surgem em outros locais, sempre com grande apoio e participação da população.

No território nacional, o mesmo vem ocorrendo na área da saúde mental com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), nos serviços pré-hospitalares de urgências-emergências – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), nos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (Cerest), nos Hemocentros, no controle da Síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), na vigilância em saúde, nos transplantes de órgãos e tecidos e outros. Impedidas pela hegemonia na política de Estado nos últimos 30 anos, não há circunstâncias favoráveis à realização desses vários exemplos de nichos ou ilhas acontecerem simultaneamente em uma mesma região, o que seria a totalização do SUS na pressuposta região¹.

O conjunto desses nichos ou ilhas, e sua resistência e insistência em se realizar nessas três décadas, está lastreado em postura de adesão, há mais de duas gerações, de milhares de gestores descentralizados e de muitas centenas de milhares de trabalhadores de saúde, que contagiam até mesmo terceirizados precarizados. Adesão esta plasmada na prática diária de atenção aos usuários, e sabedores das diretrizes do SUS centradas na solidariedade e nos direitos de cidadania, inclusive nos conselhos locais e municipais de saúde. É o que entendemos por ‘militância SUS’. Expressão visual comprobatória dessa lembrança são as mostras de experiências bem-sucedidas, inúmeros painéis com fotos, tabelas e informações de projetos de promoção, proteção e diagnóstico/tratamento precoce e acompanhamento de crônicos, nos segmentos mais vulneráveis da população, orgulhosamente

expostos e explicados por representantes dos trabalhadores de saúde e dos usuários, durante os congressos dos Cosems e Conasems. A resistência e a insistência por 30 anos desse imenso conjunto de ilhas ou nichos provam e testemunham a real possibilidade de realizar o modelo direitos de cidadania: são lentes ou ângulos por onde é visto o conjunto nacional das atividades diárias, realizadas sem condições de cumprir o modelo dos direitos de cidadania, mas com a maioria dos trabalhadores de saúde e gestores descentralizados mantendo o horizonte das mudanças necessárias. Ainda que, a duras penas, convivendo tensamente com a hegemonia do modelo tradicional ‘modernizado’, mesmo nas gestões em que militantes do MRSB assumiram cargos e funções ao nível central.

Política de estado, pacto social, pacto federativo e projeto de nação

Nesta parte, arriscaremos, para fins deste texto, considerações na área das ciências sociais e economia política, que não é nosso campo de formação disciplinar, mas que julgamos imprescindíveis à retomada da política de saúde na parte final. Vemos, como política de Estado, as formulações e realizações políticas em nome da sociedade e da nação por um contingente de cidadãos com representatividade e legitimidade maior ou menor, formalmente definidas, incluindo prerrogativa de acionar contingentes legislativos, judiciários e militares, e com caráter mais estrutural, de ações e efeitos por longos prazos, tendo em vista sua função amortecedora ou substitutiva da autodestruição na sociedade. Nas democracias liberais contemporâneas, os governos eleitos exercem a política de governo com diferentes graus de autonomia nos limites da política de Estado, esta definida em Constituição Federal/1988 que legisla para longo prazo. A legislação complementar e ordinária durante cada governo está atrelada à implementação dos postulados constitucionais.

As classes e segmentos da sociedade convivem em dinâmicas mais ou menos tensas, de

acordo com as liberdades e espaços de formação da consciência das diferenças, justas ou injustas, e decorrentes mobilizações no interior da sociedade civil ou perante o arbítrio do Estado. O grau de representatividade e consistência dessas mobilizações podem gerar pactos de convivência e ações em torno de objetivos e metas negociados, desde metas mais específicas ou de prazo menor até metas amplas para a maioria da sociedade, os ‘pactos sociais’. No processo histórico de cada sociedade, a dinâmica das pactuações, principalmente aquelas com elevada participação democrática da sociedade, pode orientar-se para um projeto de nação mais sólido e duradouro. Pode definir também o processo constitucional, foi o que, em grande parte, caracterizou os anos 1980 no Brasil: grandes mobilizações por liberdades democráticas, Assembleia Nacional Constituinte e Constituição Cidadã. Por outro lado, nos países de grande extensão territorial com clara diferenciação regional na sua formação histórica, socioeconômica e cultural, são reconhecidas diversas unidades federadas ou províncias com graus e formas de autonomia dependentes do avanço do processo democrático, do pacto social e do projeto de nação.

Em nossa história, a pujança dos desenvolvimentos regionais no início do século XIX foi profundamente matizada pela instalação do reino português no Brasil colônia durante quase todo o século, sendo que esse reino era o protótipo Estado rigidamente ‘unitário’. Sucederam-se nesse século por volta de 15 revoltas regionais e locais, muitas com grande mortandade, e parte delas exigindo todas as tropas federais para seu controle, desde a Cabanagem no Pará até a Farrapos no Rio Grande do Sul. Esse estigma vem percorrendo o Brasil republicano, aparentemente com melhor reconhecimento das unidades federadas pelo governo federal, nos períodos mais democráticos e desenvolvimentistas. Nos anos 1980, por exemplo, o pacto federativo mais avançado na Constituição Federal/1988 descentralizou parte da tributação antes só federal (o que passou a ser revisto já nos anos 1990), além de descentralizações

constitucionais que vêm sendo minimizadas ou distorcidas nos últimos 30 anos, inclusive na realização das políticas públicas para a cidadania, ao que retomaremos na parte final. Arriscarei a seguir breve lembrança sobre o ‘bem-estar social’.

Os sistemas públicos universalistas para os direitos de cidadania (saúde, educação, segurança, meio ambiente, transporte coletivo, entre outros) surgiram no século XX nos países europeus. Com a desenfreada acumulação e concentração de riqueza e de capital e graves crises econômico-sociais, esses países foram abalados por duas arrasadoras guerras mundiais, o que a seguir levou a pactos sociais e projetos de nação mais participativos e civilizados. Foi a base na organização dos Estados de Bem-Estar Social (Ebes), estendidos da Europa ao Canadá, Japão e vários outros, adequando-se às peculiaridades históricas de cada um: mais liberais ou universalistas ou corporativistas etc. Um decisivo mecanismo pactuado foi a forte tributação progressiva da riqueza e do capital. Nesses países, o sistema público bem-sucedido constitui-se no grande marco regulatório do mercado nos setores dos direitos universais. Nos anos 1970, porém, com a economia mundial já ‘dolarizada’, com a grande crise mundial do petróleo e, na sequência, com os governos Thatcher-Inglaterra e Reagan-EUA, reiniciaram-se a acumulação e a concentração exponenciais do capital financeiro. Uma ‘macro-estratégia’ para o grande capital agora globalizado, planejada e pactuada durante os anos 1980 pela ‘nata’ internacional de intelectuais orgânicos da elite e estrategistas financeiros especialmente articulados. Foi o ‘Consenso de Washington’ que definiu: a) estabelecer os Ebes como o maior obstáculo à dinâmica do sistema financeiro global, devendo, por isso, serem controlados ou desmantelados; b) não mais financiar os Ebes com recursos públicos; c) manter os orçamentos públicos menos ou nada aderentes a projetos nacionais amplamente debatidos com as sociedades, mas, sim, à acumulação financeira (Financeirização dos Orçamentos Públicos – FOP); d) manter a hegemonia do capital financeiro especulativo

sobre o capital produtivo; e) manter autonomia dos Bancos Centrais perante os governos nacionais em defesa da acumulação financeira³. A realização desse consenso vem obedecendo à estratégia que diferencia os graus e formas da sua execução nos países chamados mais e menos centrais, ou os mais e menos periféricos^{5,6}.

A ‘austeridade fiscal’ ou ‘ajuste econômico’ é o eixo estratégico da FOP, restringindo rigidamente os gastos públicos com infraestrutura do desenvolvimento e políticas públicas de direitos sociais nos últimos 30 anos^{6,7}.

Em nosso país, por exemplo, os juros, refinanciamento, rolagem e demais serviços da dívida pública vêm consumindo mais de 40% do Orçamento Geral da União, jamais assumidos como perdulários pela ortodoxia econômica neoliberal, sem qualquer chance de serem submetidos à auditoria internacional independente. Restam os gastos classificados como perdulários de 22% (Previdência Social), 3,9% (Saúde), 2,8% (Educação), 0,5% (Segurança Pública), 0,04% (Saneamento), 0,04% (Energia) etc. Decorrência desestruturante de projeto de nação nas últimas três décadas, atingiu nosso potencial de industrialização: a participação da indústria no PIB entre 1986 e 2018 caiu de 27,3% para 11,3%, incluindo os ramos de alta incorporação tecnológica (eletrônica, informática, química, automobilística e farmacêutica), que caíram de 9,7% em 1980 para 5,8% em 2006⁸. Já nos anos 1990, com a Lei de Propriedade Industrial, perdemos a distinção entre empresas de caráter nacional e multinacional, além da extinção de 350 empresas e de 1.050 estações de projetos nacionais em química fina, a entrega do Sistema de Vigilância da Amazônia (Sivam) aos equipamentos e controle dos EUA, a aniquilação da nascente indústria digital nacional, a privatização da Telebrás, entre outras⁹. Por outro lado, nosso sistema tributário permanece entre os mais regressivos e espoliadores do mundo, penaliza tanto mais quanto menor é a renda pessoal e familiar e bem mais os agentes da produção e consumo do que os agentes da acumulação de renda e de aplicações especulativas, dividendos, patrimônio e riqueza. Permanece

como verdadeiro motor da engrenagem concentradora de renda e desigualdade social. Os nossos 10% mais pobres dispõem 32% da sua renda ao pagamento de tributos, enquanto nossos 10% mais ricos dispõem apenas 21%. Na renda familiar até 2 salários mínimos, 54% são recolhidos para tributos; e acima de 30 salários mínimos, 29%. No vazamento do escândalo Swiss Leaks, constam 230 mil brasileiros com contas em paraísos fiscais aplicando no mínimo US\$ 1 milhão, e segundo o Tax Justice Network, constam US\$ 520 bilhões (R\$ 1,7 trilhão) de depósitos brasileiros nos paraísos fiscais (corresponde a aproximadamente metade do Orçamento Geral da União). Segundo a Oxfam-Brasil, nossos 5% mais ricos concentram 95% da renda nacional, nossos 10% mais ricos concentram 74% da riqueza nacional, os 0,1% mais ricos concentram 48% da riqueza nacional e nossos 6 maiores bilionários concentram a mesma riqueza que os 100 milhões mais pobres. Calculando sob a paridade no poder de compra, a concentração de renda dos nossos 1% mais ricos é 1,3% maior do que a dos 1% mais ricos da França¹⁰.

O montante somado dos nossos juros e demais serviços da dívida pública, desindustrialização com evasão para paraísos fiscais, aplicações no mercado de capitais, renúncia fiscal, sonegação, aquisições imobiliárias nos EUA (estimados em R\$ 1,6 trilhão) e Europa etc. nos redimensionam o ângulo real de avaliação dos recursos públicos desviados comprovados na operação Lava Jato, como também do propalado ‘estouro’ dos recursos previdenciários. Sob essa perspectiva, merece reflexão a comparação das despesas públicas com os direitos constitucionais enquanto % do PIB: 12,7% em 1988 e 13,8% em 2016 (diferença de só 1,1% em 28 anos), comprovando que a escalada de ‘gastança pública’ é devida a outros fatores não previstos nem pactuados nos debates constitucionais, em lúcida análise de Oscar Vilhena Vieira¹¹. Ao que nos consta, essa intensa concentração vem-se acentuando ao longo dos 30 anos pós-constitucionais, por meio da ‘captura/cooptação’ de setores decisivos no Estado, com base maior no

Ministério da Fazenda e Banco Central, estendida aos Ministérios de Planejamento, Orçamento e Gestão e o da Casa Civil. Esses Ministérios ‘de Estado’, ‘incumbidos’ de controlar dirigentes e lideranças no Legislativo, incluindo suas reeleições, em triangulação com o grande capital financeiro e empresarial, teriam: a) pervertido o nosso presidencialismo de coalizão ao longo das últimas três décadas, desviando ou distorcendo ampliação e avanços nos pactos sociais e no amplo debate de projeto de nação; b) impedido ou desviado a implementação das diretrizes constitucionais para as políticas públicas de saúde, educação, meio ambiente e as demais; c) cooptado ou marginalizado lideranças e dirigentes de segmentos sociais históricos para forte corporativismo e cooptação da citada triangulação e perversão do nosso presidencialismo de coalizão; d) mantido, desde 2003, as impactantes inclusões sociais da expansão do emprego e capacidade de consumo, ligadas à acertada recomposição do salário mínimo acima da inflação, ao Bolsa Família e ao ‘boom das commodities’, mas que, sem a simultânea implementação das políticas públicas de cidadania e necessário avanço da consciência e mobilização social pelos direitos coletivos, fatalmente fragilizaram a relação sociedade-Estado na construção do Ebes brasileiro contemplado na Constituição Federal/1988; e e) submetido os avanços na inclusão só pelo consumo à condição de reféns da impiedosa concentração de renda e riqueza, com seu peso hegemônico no Estado, que impediu e/ou distorceu a aplicação e prosseguimento dos avanços constitucionais de construção do pacto social e projeto de nação.

Neste item, a nosso ver, merece ser lembrado o amplo debate eleitoral de 2002 que incluiu esperanças ‘ponte’ com os debates constitucionais dos anos 1980. Contudo, nos 30 anos pós-constitucionais, a elevação da participação na renda nacional dos nossos 10% mais pobres foi de 11 para 12%; e a dos nossos 10% mais ricos, de 54 para 55%, ao custo da queda de 2% para nossos 40% situados entre os 10% mais ricos e os 50% mais pobres (por volta de 84 milhões de cidadãos das classes média-média

e média-baixa), com provável repercussão nos debates eleitorais de 2018¹⁰. Vale lembrar que essa tensa disputa de participação na renda nacional e capacidade de consumo encontra-se sob exponencial acumulação financeira especulativa, que induz nova lógica ao processo produtivo com inusitado avanço na pesquisa científica e tecnológica especiais, processos produtivos/automação, processos de trabalho, impensáveis avanços na informática em tempo real 24 horas por dia, novas relações de trabalho e cadeias produtivas globais que se estendem aos profissionais autônomos de nível superior, pequenos e médios empresários etc. Todos sob o desafio empreendedor que Alvaro Garcia Linera refere como proletarização difusa e potencialização da extração da mais valia. No topo dessa pirâmide, habitam os donos pouco visíveis do grande capital – conglomerados e superconglomerados – e seus executivos financeiros. Em contundentes entrevistas sob garantia de anonimato, a séria pesquisa do jornalista Joris Luyendijk retratou a ganância insaciável e respostas como: *“jogamos roleta russa com a cabeça dos outros”* e *“enriquecemos estraçalhando clientes e concorrentes”*.

Por oportuno, lembramos também o filósofo Byung Chul Han¹²⁽³⁵⁾:

A sociedade do desempenho é feita de sujeitos do desempenho e produção, empresários de si mesmos sob o paradigma do desempenho e desejo de maximizar a produção. Homens e mulheres presos a uma autoexploração com sentimentos de liberdade. Sociedade geradora de depressivos e fracassados. O ‘nada é possível’ do deprimido vem do ‘nada é impossível’ da crença inculcada à sociedade. Ao transformar-se em máquinas de desempenho, as pessoas geram um esgotamento, um ‘enfarte da alma’ e uma ‘sociedade do cansaço’.

Vale também lembrar a grande contribuição do economista e pensador John Maynard Keynes e sua escola, no âmbito da economia política, ao conceberem bases doutrinárias e

operacionais de superação das crises catastróficas geradas pela acumulação ilimitada do capital: prescreveram investimentos públicos maciços em áreas estratégicas da produção de bens e serviços, redistribuição da renda, controle dos bancos, pleno emprego, previdência social etc. (as bases dos Ebes). Iniciaram, na prática, com o controle da grande crise de 1929 nos EUA (New Deal) e continuaram com a implantação dos Ebes na Europa, principalmente após a II Guerra Mundial. Em 1930, Keynes, prevendo o grande avanço das tecnologias substituindo o trabalho humano, vaticinou que, em 2030, todos poderiam consumir o suficiente e viver bem de maneira sábia e agradável. Acreditava que poderia ser evitada a produção explosiva de bens e serviços supérfluos, o consumo insaciável de ostentação e status e o trabalho desnecessário. Perante as realidades históricas do século passado, readequou sua utopia na direção de trocar o crescimento a qualquer custo e o amor pela riqueza por um projeto que liberte as pessoas do trabalho estafante e produza justiça social, o que está bem refletido no livro ‘O quanto é suficiente?’¹³.

Entendemos que a hegemonia federal na implementação das políticas públicas constitucionais nesses 30 anos vem, por meio dos citados Ministérios ‘de Estado’, induzindo ou impondo estratégias e táticas aos demais Ministérios, com execução orçamentária priorizando o mercado nos programas sociais; essa é a política real, a ‘implícita’. Essa política hegemônica não é explicitada pelos demais Ministérios, que interagem cotidianamente com a população usuária, com o Legislativo, com os estados e municípios: esses Ministérios em suas áreas assumem, em regra, explicitamente, as diretrizes constitucionais e a legislação complementar e ordinária, apesar de, contraditoriamente, cumprirem as estratégias e prioridades postas pelos Ministérios ‘de Estado’¹⁴. Não por outro motivo, nas áreas em que as três esferas de governo estão legalmente obrigadas a deliberar conjuntamente sobre a política ‘de Estado’ em órgãos colegiados, vez por outra, é usada a expressão política de Estado ‘federal’, um pacto federativo retrógrado.

Política pública de saúde no Brasil: questões e desafios

Retomando a política de saúde, destacamos a concomitância histórica, nos anos 1980, de dois acontecimentos: a) do amplo e qualificado debate nacional que muito avançou no pacto social e até em alguns pilares de projeto de nação, que levou ao Título da Ordem Social na Constituição Federal/1988, incluindo o conceito e OSS, cabalmente inseridos no Ebes abordado na parte anterior; e b) a emergência internacional da globalização neoliberal. Observamos que o grande e vitorioso debate público de saúde nos anos 1980 aprofundou-se a partir dos anos 1990, porém foi-se restringindo às instituições de saúde, aos Cosems, Conasems, Conass, às entidades do MRSB e ao interior dos Conselhos de Saúde, enfraquecendo-se perante as expectativas de ampliar-se para a estrutura sindical e demais entidades da sociedade civil, para o Legislativo municipal, estadual e nacional, para o Judiciário, para o Ministério Público etc. A sociedade viu-se perante o crescimento da capacidade estratégica e econômica da política implícita e real do Estado.

Simultaneamente, os movimentos progressistas e populares, partidarizados ou não, revelaram dispersão, vista também sob os ângulos da crise de representatividade e da quase ausência de construção de espaços de participação democrática na construção de pactos sociais mais avançados e de projeto de nação. Incluo aqui a realização das diretrizes constitucionais e da legislação complementar e ordinária. Tudo aparentemente decorrendo, na prática, do Relatório do Banco Mundial para a saúde no Brasil de 1995, que propôs formalmente desacelerar a descentralização com acesso universal e equitativo à saúde, e recomendou a ampliação dos planos privados, o copagamento em mercado interno no SUS, a focalização do SUS nos pobres e a limitação do acesso à tecnologia.

Ao longo dos 30 anos do SUS, a política explícita aderente às diretrizes constitucionais permanece contra-hegemônica e assumida pela ‘militância SUS’, entidades do MRSB,

Conselhos de Saúde, Cosems, Conasems, Conass, Colegiados Intergestores, e parcialmente pelo MS (cada um no seu viés histórico e político), conforme já descrito na quinta política e estratégia na segunda parte deste texto^{14,15}. Também nessas três décadas, a política implícita, hegemônica, que implementa as quatro primeiras políticas e estratégias descritas naquela parte (financiamento, gestão dos recursos humanos, atenção básica, regionalização e outras), como políticas de Estado ‘federais’, permanece assumida pelos Ministérios ‘de Estado’ e pelas ‘maiorias’ legislativas do nosso ‘presidencialismo de coalizão’^{1,14,15}.

Cabe reconhecer que o incansável e permanente esforço da ‘militância SUS’, dos gestores descentralizados, e de pesquisadores, perante a grande inclusão social alcançada levou alguns analistas e gestores, desde o final dos anos 1990, a conclusões com razão efusivas, mas superdimensionadas sob o ângulo da real desconstrução/substituição do modelo tradicional pela simultânea construção do SUS¹. Por isso, algumas vezes, as expressões o SUS está ‘apenas inconcluso, incompleto’ ou em ‘fase de consolidação’ podem, equivocadamente, ser interpretadas como estando em pleno curso a desconstrução do modelo tradicional, quando, ao contrário, essa ‘desconstrução’ vem sendo, na prática, a construção da estratégia inculcada pelo Banco Mundial, que é a Cobertura Universal de Saúde, assumida pela nossa política de Estado ‘federal’^{1,14,15}. Essa estratégia nada mais é que a ‘costura’ sistêmica do disposto nas quatro primeiras políticas e estratégias imbricadas constantes na segunda parte deste texto, além de outras, abrangendo o *mix* público-privado. Este *mix* inclui os setores privados complementar e suplementar ao SUS, objetivando a produtividade por alguma ação de saúde por cidadão ao ano, mantendo nosso per capita público um quinto a um sexto da média dos países com bons sistemas públicos; e o per capita total dos nossos 25% consumidores de planos privados, 4 a 6 vezes maior que o dos 75% que dependem só do SUS, com óbvia marginalização dos princípios da Equidade e

Integralidade. Importante objetivo deste texto é o de contribuir para a análise e compreensão das bases estruturais anti-SUS, hegemônica e uniformemente desenvolvidas nos 30 anos do SUS, que precedem e condicionam os formatos dos avanços e recuos em todas as conjunturas e governos nesse período. Por isso, creio que devemos cuidar para que as expressões ‘incompleto e inconcluso’ e ‘em consolidação’ não contribuam para arrefecer a consciência do tamanho e complexidade dos desafios, e decorrentes estratégias para sua reversão no curto, médio e longo prazos.

Cabe, por último, grande dúvida sobre como as análises críticas e buscas de rumos formuladas pelos técnicos e estudiosos do SUS e do MRSB têm sido debatidas e consideradas pela população, suas entidades, sindicatos, bem como sua representação nos conselhos de saúde. Carlos Roberto S. Corrêa, professor do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (DSC/FCM/Unicamp), reforça o caráter decisivo da percepção, sensibilidade e potencial de participação efetiva da população, enquanto sujeito na construção do SUS. Por isso, segundo ele, *“deve estar claro o lugar de onde os técnicos e estudiosos falam quando se reportam à população em geral”*. Entendi esse *“lugar”* enquanto escala de valores, projetos de vida e de cidadania, assim como transparência e acesso na comunicação social. Vejo esse *“lugar”* alojado no intangível âmago do processo civilizatório, de onde brilha perene luz, mesmo nas trevas dos piores momentos históricos de cada sociedade e da própria humanidade (parodiando o diplomata Edgard Telles Ribeiro). Vejo também esse *“lugar”* no âmbito dos valores civilizatórios perenes, que segundo Alvaro Garcia Linera *“impellem”* a humanidade na construção e assunção de um sentido comum para a vida, um horizonte que contemple o

sentido do bem comum: natureza, ar, água, conhecimento, trabalho, educação, saúde etc., e também a fé na sociedade e nas pessoas; uma crença em nome da qual vale a pena dedicar nosso tempo e esforço. Assim, a política deve ser fundamentalmente a construção e encontro de um sentido comum, de uma ideia compartilhada de convencimento e articulação. Torna-se imprescindível na ação política, que os recursos públicos, por isso comuns, sejam integralmente alocados na realização dos bens comuns e não para a salvação ou expansão dos bens privados e bancários.

Cito por último Frei Betto: *“Não somos trilobitas. Somos humanos dotados de capacidade de imprimir ao tempo, caráter histórico e, a história, um sentido”*.

Mesmo sob suspeição de saudosismo, finalizo este texto propondo o delicado e desafiante esforço de realizar a formulação de pontes entre as militâncias pela democratização do Estado: nos anos 1980 e nos dias de hoje, duas conjunturas tão diversas como igualmente mergulhadas no processo civilizatório, mais visível nos prazos médio e longo. Temos pela frente os desafios da ampliação e da qualificação dos debates na sociedade e no Estado pelo desenvolvimento socioeconômico, pelos direitos universais de cidadania, por projeto de nação que atrele de vez estratégias de desenvolvimento socioeconômico ao distributivismo justo, e por pactos e conquistas sociais por aproximação. Nesse sentido, pela democratização do Estado com efetiva descentralização no pacto federativo, idem no processo eleitoral e na representatividade¹⁵. Estão diante de nós, além das entidades da sociedade, mais e menos corporativas, a estrutura sindical, as comissões da área social e saúde do Legislativo (municipal, estadual e nacional), e o mesmo no Judiciário e Ministério Público. Em síntese, a recriação para hoje dos corações e mentes dos anos 1980 plenos de futuro. ■

Referências

1. Paim JS, Temporão JG, Penna GO. Trinta Anos do SUS: 30 anos de Luta. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1704.
2. O World Health Organization. *World Health Statistics 2018.* Geneva: WHO; 2018.
3. Conselho Nacional de Secretária de Saúde. Relatório Final 9º edição Conass Debate O futuro dos Sistemas Universais de Saúde; 24-25 Abr. 2018; Brasília, DF: Conass Nacional; 2018.
4. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Regionalização da Saúde: Posicionamento e Orientações.* Brasília: CONASEMS; 2019.
5. Bastos PPZ. O que é Austeridade? E Por que os Neoliberais a Defendem? *Carta Capital.* 2017 ago 8 [acesso em 2019 abr 23]. Disponível em: www.cartacapital.com.br
6. Bastos PPZ, Belluzzo LG. Uma Crítica aos Pressupostos do Ajuste Econômico. 2016 [acesso em 2019 abr 23]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.br/ilustrissima/2016/10/1820798>.
7. Oliveira FS, Santos IS, Reis CO, et al, organizadores. *Políticas Sociais e Austeridade Fiscal: como as políticas Sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no Mundo.* Rio de Janeiro: Cebes; 2018.
8. Fraga E, Lima F. Brasil perde empresa de alta tecnologia antes de se tornar um país inovador [internet]. *Folha de São Paulo.* 2019 abr 14 [acesso em 2019 jun 5]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/04/brasil-perde-empresa-de-alta-tecnologia-antes-de-se-tornar-um-pais-inovador.shtml>.
9. Leite RCC. Brasil 'cantando galinha'. [internet]. *Folha de São Paulo.* 2019 abr 14 [acesso em 2019 jun 5]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2019/04/brasil-cantando-galinha.shtml>.
10. Carvalho L. A tribo perdedora [internet]. *Folha de São Paulo.* 2019 abr 25 [acesso em 2019 jun 5]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/laura-carvalho/2019/04/a-tribo-perdedora.shtml>.
11. Vieira OV. Liga da Justiça [internet]. *Folha de São Paulo.* 2018 out 14 [acesso em 2019 jun 5]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/os-carvilhenaveira/2018/04/liga-da-justica.shtml>.
12. Byung Chul Han. *Sociedade do Cansaço.* Petrópolis: Editora Vozes; 2015.
13. Skidelsky R, Skidelsky E. *Quanto é Suficiente?* São Paulo: Martins fontes; 2017.
14. Organização Pan-americana de Saúde Brasil. *30 Anos do SUS: Que SUS para 2030? Relatório Final Seminário;* 2018.
15. Santos NR. *Conjuntura Atual: Instigando a Busca de Rumos e o que Fazer.* *Saúde debate.* 2017; 41(113):353-364.

Entre avanços e retrocessos, qual a perspectiva de financiamento para o SUS nos próximos anos?

Between advances and setbacks, what is the prospect of financing for the SUS in the coming years?

Fernando Pigatto¹

EM 2018, VIVEMOS UM PROCESSO ELEITORAL marcado por divergências ideológicas acirradas e disputas de narrativas sobre os Direitos Humanos no Brasil. Nesse contexto, ameaças ao Sistema Único de Saúde (SUS), que já vinham sendo agravadas desde 2016, passaram a ser ainda mais temidas diante das medidas de austeridade fiscal. Ao mesmo tempo que os movimentos sociais em defesa da saúde pública se fortalecem, o ataque a eles também ganha força. Entre avanços e retrocessos, qual a perspectiva de financiamento para o SUS nos próximos anos?

A história das lutas populares¹, no decorrer dos tempos, vem nos ensinando que enfrentar as regras de uma tradição imposta a nós nunca foi fácil. O SUS completou três décadas. São muitos avanços e conquistas de políticas fundamentais para a sobrevivência da população no País. Paralelamente, a luta dos movimentos sociais contra o subfinanciamento da saúde sempre foi necessária.

Para muitos gestores públicos, ‘reduzir gastos’ é palavra de ordem. Isso é bastante apelativo quando se trata de dinheiro público. No entanto, investir menos em políticas que garantem a dignidade humana da população faz sentido? Obviamente que não! Porém, a disputa de narrativas faz com que os interesses velados do capital preguem que as políticas de austeridade fiscal sejam vistas como ‘responsabilidade’, como um pai que cuida das finanças da casa, colocando ordem nos gastos.

Precisamos ficar atentos a essa estratégia que querem nos fazer engolir à força. Contudo, não estamos vencidos. Isso não vai aniquilar nossa sensibilidade para somarmos nossas diferentes pautas que são capazes de se tornar uma só: a luta pela democracia. Afinal, Democracia é Saúde! Tanto que esse é o tema da XVI Conferência Nacional de Saúde (8^a+8), marcada para ocorrer de 4 a 7 de agosto de 2019. Diante da polaridade e das divergências ideológicas, precisamos encontrar forças para nos potencializarmos enquanto disseminadores da reflexão, em vez do ódio. Do embate lúcido, em vez de cruzarmos os braços ensimesmados em ideais irredutíveis. Da resistência, em vez do cansaço.

Como dizia o ex-presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ronald dos Santos, precisamos priorizar nossa ‘inteligência coletiva’. A austeridade fiscal foi capaz de mudar a nossa Constituição de 1988 com a Emenda Constitucional (EC) 95/2016², que está sucateando a saúde e a educação no País. Somente para o SUS, a asfixia financeira será de R\$ 400 bilhões até 2036. Quantas vidas perderemos nesse período? De acordo com estudo ‘Cenários do financiamento público em saúde’, publicado em 2018 pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)¹, em

¹Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2018-2021) – Brasília (DF), Brasil. Diretor de Saúde da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam) – Brasil. Presidente da Federação Gaúcha das Uniões de Associações de Moradores e Entidades Comunitárias (Fegamec) – Porto Alegre (RS), Brasil. cms@saude.gov.br



20 anos de vigência da emenda, serão 20 mil mortes e 124 mil hospitalizações na infância. Caso não ocorresse essa medida, o índice de mortalidade infantil continuaria em queda de 8,6% até 2030.

É preciso destacar também que o mesmo argumento de austeridade fez com que parlamentares aprovassem a reforma trabalhista contra o interesse da população, beneficiando empresários em detrimento dos trabalhadores e trabalhadoras no Brasil. Isso implica diretamente agravos à saúde. Os proponentes das mudanças alegavam, diante da crise econômica, que a reforma faria com que os padrões contratassem mais, gerando mais empregos. Todavia, a taxa de desemprego e a informalidade só aumentaram nos últimos tempos. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre dezembro de 2017 e fevereiro de 2018, o País registrou 12,6% no índice de desemprego. É o pior nível desde 2012. Ao todo, são cerca de 13,1 milhões de brasileiros desocupados. Há pessoas cumprindo jornadas de 12 horas, o que é inconstitucional, sem falar das condições insalubres para mulheres grávidas.

Agora querem reformar a previdência social alegando mais uma vez ‘responsabilidade’ com o dinheiro do povo. Esse, porém, será mais um fator gerador de agravos à saúde do povo. A proposta da reforma da previdência estabelece idade mínima para aposentadoria em 62 anos para mulheres e 65 anos para homens, além de aumentar o tempo mínimo de contribuição de 15 para 20 anos. O CNS entende que essa regra penaliza as pessoas que começaram a trabalhar muito jovens e dificulta o acesso à aposentadoria, devido ao aumento da informalidade no País, além de outros prejuízos, em especial para a população que trabalha nos espaços rurais.

De 2016 até aqui, o poder público alterou nossas políticas de saúde mental e de atenção básica sem aval do controle social; além disso, eles fragilizaram o programa Farmácia Popular, entre outras decisões tomadas com atropelos, sem escuta às inúmeras recomendações e

resoluções do CNS, que discute amplamente e de forma qualificada o que é melhor para a saúde das pessoas.

Nesse processo, é importante levar em consideração os esforços para ampliar o diálogo não só com a atual gestão do Ministério da Saúde, mas também com os parlamentares no Congresso Nacional. Isso porque há projetos de lei tramitando para fragilizar a Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (Conep) do CNS, projeto para potencializar os planos de saúde em detrimento do SUS; há até projeto de lei para que seja possível vender medicamentos, sem receita médica, em supermercados. Sem falar na flexibilização do uso de agrotóxicos, que envenena o alimento que vai para a mesa dos cidadãos e cidadãs. Aliás, é bom lembrarmos que, em um curto espaço de tempo, estamos retornando ao Mapa da Fome, definido pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Na área da formação em saúde, mais lutas estão sendo travadas pelo CNS com o intuito de fortalecer a educação para o SUS no Brasil diante das políticas de austeridade impostas. Mais uma vez, o fetiche do capital e a ascensão do neoliberalismo vêm gerando entraves para uma saúde de qualidade, que não seja mercantilizada. Estão aumentando o número de cursos de graduação em saúde na modalidade Educação a Distância (EaD). Estão formando estudantes sem contato e sem afeto com as pessoas. Estão impedindo o CNS de contribuir nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Mesmo não sendo algo positivo para a saúde, até julho de 2018, o Brasil já somava 244 turmas oferecidas por diversas universidades em todo o País, nas quais os estudantes podem cursar Biomedicina, Medicina Veterinária, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Biologia, Terapia Ocupacional, Educação Física, Nutrição ou Serviço Social sem sair de casa, pela internet, totalizando 690 mil vagas.

Muitos ativistas vêm recebendo ameaças, outros estão sendo brutalmente assassinados, como ocorreu com a ex-vereadora Marielle

Franco, em março de 2018, assídua militante dos direitos humanos. De acordo com o 'Atlas da Violência' (2018)², organizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2016, 4.645 mulheres foram assassinadas no País, o que representa uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras. Em 10 anos, observa-se um aumento de 15,3%. Não podemos nos conformar ou achar que isso tudo é natural. Violência também é questão de saúde pública, ainda mais quando ela aflige as pessoas mais vulneráveis: mulheres, negros e negras, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), indígenas, entre outros segmentos historicamente subalternizados. É hora da nossa onda avançar mais que em outros tempos para que com ela venham a força e a ação capazes de reconquistar nossos sonhos.

Se nossa Constituição de 1988 é exemplo para o mundo, queremos que o direito à saúde seja respeitado; que o financiamento do SUS seja adequado, sem qualquer redução no orçamento do Ministério da Saúde; que tenhamos, de fato, uma gestão participativa e democrática das políticas de saúde, como rege a lei do SUS. Não é à toa que nos reunimos em fevereiro deste ano em uma audiência com Dias Toffoli, presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), para apoiar a Ação Direta de Inconstitucionalidade contra a EC 95⁴.

No CNS, nossos esforços nos levaram recentemente à realização da I Conferência Nacional Livre de Comunicação e Saúde, da II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres e da I Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Vamos ter este ano a VI Conferência Nacional de Saúde Indígena e a XVI Conferência Nacional de Saúde (8^a+8), em que estamos construindo um amplo processo de mobilização social com debates qualificados sobre os rumos da saúde pública em nosso país. A trajetória tem sido árdua, mas não estamos perdidos. Estamos resistindo no meio da maré alta. Nossos esforços têm sido cada vez maiores no intuito de gerar diálogo com a atual gestão, com respeito às diferenças de ideias, mas sem perder a liberdade crítica

dos diferentes segmentos representados no nosso conselho.

As perspectivas apontam para cenários que devem continuar difíceis ao mesmo tempo que a área da saúde tem dado abertura para o processo de escuta nesse novo momento político. Somente com a união de usuários e usuárias, trabalhadores e trabalhadoras, gestores e gestoras, acadêmicos e acadêmicas, representantes de movimentos sociais, estudantes, conselheiros e conselheiras nacionais, estaduais e municipais de saúde, além de toda a sociedade civil, poderemos reverter os agravos recentes.

Anotamos aqui uma lista dos maiores desafios para o SUS a serem assumidos e enfrentados pelo CNS, ao formular e controlar as políticas públicas que sustentam e desenvolvem a proteção à saúde no Brasil:

Retomar a defesa da participação da sociedade nos Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais que analisam, controlam e propõem políticas públicas de Estado, para que os governos transitórios não destruam direitos nem ignorem malefícios de políticas implantadas contrariamente aos interesses do povo;

Defender que os governos respeitem o que determina a Constituição Brasileira de 1988;

Reconstruir o imaginário social de que saúde, educação, previdência social e assistência social são direitos humanos universais e que não são benesses ou concessões do Estado ou das instituições que controlam o capital, as finanças, o comércio ou das pessoas abastadas;

Defender que o acesso às práticas de proteção, promoção e recuperação da saúde não são obtidas exclusivamente mediante caridade ou pagamento direto privado;

Trabalhar para derrubar a EC 95/2016¹, que retirou da saúde mais de R\$ 8,5 bilhões em 2019, e deixou o orçamento da saúde encarregado de pagar os R\$ 11 bilhões de 'restos a pagar' não executados em 2018, representando, somente

em 2019, uma sangria do orçamento anual em que o ‘piso’ foi transformado em teto;

Evitar que o Estado Brasileiro prossiga na histeria financeira de diminuir o SUS para pagar juros da dívida pública sem auditoria; evitando também que continue a diminuir o orçamento do SUS, retirando as obrigações de investir no orçamento da seguridade social;

Retomar a defesa da extensão de cuidados de saúde às populações socialmente vulneráveis nas áreas urbanas, rurais, rios e de selvas, levando médicos, enfermeiros e todos os demais profissionais de saúde aos municípios vulneráveis que ficaram desassistidos com a desestruturação do Programa Mais Médicos;

Pautar a formação de novos profissionais de saúde segundo critérios de prioridades do SUS e lutar para que o Conselho Nacional de Educação (CNE) e outros órgãos envolvidos respeitem a lei e compartilhem com o CNS a tarefa de qualificar os cursos superiores de saúde que funcionam precariamente, bem como fechar os cursos que não possam ou se recusem a ser qualificados;

Defender a adequação ao SUS do sistema de Revalidação de Diplomas de saúde obtidos em outros países, colocando prioridades técnicas e qualificações de habilidades e competências acima de grupos de interesses corporativos que visam restringir o acesso de profissionais formados no exterior ao mercado de serviços de saúde no Brasil;

Estimular o governo federal a financiar diretamente a saúde indígena como assunto de interesse nacional, responsabilizando os entes federados pela fixação e manutenção das equipes de saúde indígena nos territórios;

Defender a política de saúde mental que valoriza a extensão de serviços pela rede hospitalar geral, mantendo o acolhimento e tratamento e redução de danos em

redes referenciadas de Centros de Atenção Psicossocial, valorizando políticas contrárias à reclusão de pessoas com transtornos mentais em organizações não submetidas ao controle social do SUS;

Reforçar o Programa Nacional de Imunizações com ações de financiamento na produção, distribuição e dispensação de vacinas com tecnologia nacional e capacitação para cobertura em áreas de baixa presença dos serviços do Estado que propiciaram o ressurgimento de doenças erradicadas ou controladas;

Incentivar as políticas de defesa da vida e da saúde contra o armamento irrestrito, a posse e o porte de armas; contra a redução dos preços de drogas lícitas, como cigarros e bebidas alcóolicas;

Defender a realização de pesquisas que capacitem o Brasil para evitar a venda e aplicação indiscriminada de agrotóxicos que contaminam os corpos de água e os alimentos produzidos e consumidos no País, desenvolvendo capacidade analítica e epidemiológica para prevenir pragas agrícolas e doenças humanas provocadas pelos agrotóxicos.

Esta será nossa ação: traçar um bem comum apresentando dados consistentes para que as narrativas que defendem a austeridade não vençam. Os ideais superficiais não enxergam a vida além dos números. Aspectos econômicos não podem se sobrepor aos aspectos humanitários. Temos visto ‘entendidos’ a serviço do poder do capital nos depreciando. Lembramos que não somos gado baixando a cabeça em direção ao abate, mas pássaros que cantam a liberdade para vivermos em paz. Dizemos sim à democracia. Nosso projeto é a sociedade, é a defesa da vida. O Estado deve regular e executar as políticas de saúde, e é nosso papel deliberar sobre as ações do poder público. Essa será a nossa contribuição para a história da saúde pública, gratuita e universal no Brasil diante do próximo período. ■

Referências

1. Brasil. Documento Orientador da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8). Reforma Sanitária. Conselho Nacional de Saúde; 2019 [acesso em 2019 maio 31]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Documento_Orientador_Aprovado.pdf.
2. Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília, DF: Opas; 2018.
3. Brasil. Atlas da Violência 2018. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2018 [acesso em 2019 maio 31]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432.
4. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 Dez 2016.

Desafios para o SUS: a crise do financiamento após a alteração da política de repasse federal

Challenges for the SUS: the financing crisis after the change of the federal pass-through policy

Carlos Eduardo de Oliveira Lula¹, Janikele Galvão Ferreira², Lidia Cunha Schramm³

Introdução

O direito à saúde é um direito fundamental assentado na dignidade da pessoa humana. É um pressuposto de existência, pois se expressa como uma prerrogativa jurídica indisponível garantida a todos pela Constituição Federal de 1988¹ (CF/1988), assentado em seu art. 196, quando afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Esse, portanto, é um direito público subjetivo tutelado constitucionalmente, devendo ser formulado e implementado pelo poder público por meio de políticas públicas sociais, constituindo-se em uma rede regionalizada e hierarquizada para garantir o acesso à saúde.

Nessa perspectiva, o direito à saúde é consequência lógica e indispensável do direito à vida. Por esse motivo, o poder público, em todas as suas esferas institucionais, não pode se mostrar indiferente ao grave problema de saúde que se encontra atualmente. Assim, a necessidade de discutir esse tema se calca justamente no fato de que as políticas de saúde não estão sendo suficientes para suprir a necessidade da população.

Nesse sentido, o estudo a ser desenvolvido tem como objetivo principal destacar a necessidade de pesquisa sobre a saúde enquanto direito fundamental, analisando, principalmente, a forma de financiamento em um cenário de redução de gasto social federal com alterações do repasse dos recursos federais para a saúde.

Dessa forma, verifica-se que, sobretudo após a publicação da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), tornou-se crescente a transferência de responsabilidade dos estados e municípios para as ações e serviços de saúde ocasionada por um congelamento de aplicações financeiras em saúde, provocando uma desigualdade ainda maior de acesso aos bens e serviços de saúde.

Nesse contexto, o presente artigo pontua a discussão sobre os impactos da alteração da forma de repasse dos recursos federais, o que acaba por provocar uma rigidez fiscal por 20 anos; e em que medida essas alterações podem distanciar uma efetiva implementação de uma saúde universal, integral e igualitária a todos que dela necessitam, considerando-se que a proposta já implementada não vai ensejar desenvolvimento econômico e, conseqüentemente, reduzir substancialmente as despesas com saúde e educação.

¹Secretário de Estado da Saúde do Maranhão. Consultor Legislativo da Assembleia Legislativa do Maranhão - São Luiz (MA), Brasil. comunicacoesma@gmail.com

²Chefe de Gabinete da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão - São Luiz (MA), Brasil. ses.maranhao2014@gmail.com

³Secretária Adjunta de Assuntos Jurídicos da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão. Professora da Universidade Estadual do Maranhão (Uema) e Universidade Ceuma (Uniceuma) - São Luiz (MA), Brasil. lidia_dt@hotmail.com



Federalismo e direito à saúde

O desenvolvimento do Estado está relacionado com a crescente inquietação relativa às questões de implementação e proteção de direitos fundamentais, e, em especial, do direito à saúde.

Por esse ângulo, a saúde é um pressuposto básico de existência, apresentando-se como uma prerrogativa jurídica indisponível garantida a todos pela CF/1988, que, nessa ótica, constitui o ápice do denominado processo de redemocratização que rompeu como período ditatorial do País. Ela traz um rol extenso de direitos, com foco nos direitos sociais, garantidos aos cidadãos².

Nessa direção, a redemocratização é concretizada com a publicação da CF/1988, uma vez que trouxe em seu texto as políticas sociais como os direitos fundamentais.

Dessa forma, a CF/1988 trouxe em seu texto princípios que

[...] já estavam inscritos na legislação e/ou atos governamentais e já vinham sendo implementados em diversos setores, como a saúde, a previdência social e a educação³⁽²¹²⁾.

Nesse contexto, é instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), em seu art. 198, de forma descentralizada, com atendimento integral e universal¹.

A descentralização passou a ser um dos alicerces do aparelhamento, estando os municípios como receptores diretos do repasse de recursos, superando-se com isso a intermediação dos Estados. Por meio da Lei nº 8.080/90, o SUS foi regulamentado, sendo definidos objetivos, competências e atribuições. Também foi organizada a chamada gestão participativa para o manejo de recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde, conforme prescrito na Lei nº 8.142/90⁴.

Em vista do exposto, é possível concluir que, em uma perspectiva histórica das instituições vinculadas à prestação da saúde pública no Brasil, configurou-se um processo de tentativas

de centralização versus tentativas de descentralizações, desde o período colonial, no qual se viu a quase descentralização plena, até o segundo reinado, quando se firmou uma fase relativamente longa de transição para a centralização administrativa, consolidada na maior parte do período republicano, e sua final e relativa flexibilização, no atual regime constitucional.

Vale realçar que o marco do movimento que impulsionou a presença da saúde como direito social na CF/1988 foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que gerou a Comissão Nacional de Reforma Sanitária; e, desta, vieram os desdobramentos para a inserção da saúde, como parte integrante da seguridade social, junto com a previdência e a assistência social na CF/1988, portanto considerada direito de todos e dever do Estado, como disposto nos seus arts. 193 e 196¹.

Ainda que em um sistema misto, ou seja, público, mas também com a permissão da participação de instituições privadas, a CF/1988 promoveu mudanças importantes no âmbito do setor público, visto que, de um lado, estabeleceu, de acordo com o art. 199, caput, o sistema público integrado, de acesso universal, com financiamento compartilhado entre União, estados e municípios, e manteve a assistência à saúde livre à iniciativa privada¹, e conferiu, conforme o art. 197, o status de relevância pública às ações e aos serviços de saúde¹, cabendo ao poder público sua regulamentação, sua fiscalização e seu controle.

É no cenário atual, portanto, de provável ameaça à garantia de recursos para custeio e manutenção das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, que grupos técnicos multidisciplinares e interinstitucionais têm se debruçado sobre o tema em comento, no intuito de estudar detalhadamente o funcionamento, a atuação tripartite na alocação e custeio dos recursos, desde sua fonte e formas de repasse, e sua destinação, importando tanto com a esfera mais abrangente, no caso das políticas condutoras das ações e serviços, como no âmbito finalístico da execução das ações e serviços na área da saúde.

Crise no financiamento da saúde: alteração de repasses dos recursos federais

Se, por um lado, a CF/1988¹ garantiu a existência de duas opções, pública e privada, para o acesso aos serviços de saúde, por outro, essa mesma CF/1988 reconhece a importância da saúde para o bem-estar individual e social, e, portanto, garante acesso universal e integral aos serviços de saúde. Por isso a essencialidade da análise da evolução das Políticas Públicas de saúde e implementação do estudo dos aspectos do funcionamento das instituições, em particular, a análise das transferências.

Sabe-se que a criação do SUS constitui um dos maiores avanços, em termos de Política Pública, no tocante ao atendimento das questões de saúde no Brasil. Entretanto, o seu financiamento há muito tem se revelado insuficiente para assegurar e garantir as ações e serviços ofertados em concordância com o exposto na constituição, fato corroborado pelo crescimento vertiginoso de ações judiciais em busca de da universalidade e integralidade da oferta. Em um cenário do capitalismo contemporâneo em crise, o desafio da sustentabilidade desse sistema com a insuficiência de recursos trona-se ainda maior.

Em que pese a gama de portarias e resoluções, cujo objeto trata da alocação, execução e diretrizes do uso dos recursos para saúde, foi a aprovação da EC 95, de 2016, que trouxe direcionamentos do novo regime fiscal, assim como as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo um teto para os gastos da União com despesas primárias por 20 anos, que trouxe à baila o peso da insuficiência dos recursos para a manutenção da estrutura do SUS, sinalizando que, além de subfinanciamento, o SUS sofrerá um desfinanciamento.

Ocorre que a despesa com saúde tem aumentado em todo o Brasil. Vários são os fatores que confirmam isso: a população está crescendo e envelhecendo; o uso das tecnologias

na saúde está avolumando ao longo dos anos; serviços médicos e insumos hospitalares obedecem à mesma lógica de acréscimos e, sem entrar no mérito do jargão econômico, o atual ajuste pela inflação, em lugar da receita corrente líquida de outrora, demonstra clara retração no valor líquido a serem repassados. Junte-se a isso a desigualdade social premente do País pela extensão territorial e diversos fatores socioeconômicos, políticos, demográficos, epidemiológicos e outros que diferenciam suas unidades federativas; a EC 95 contribui para o aumento dos desequilíbrios inter-regionais existentes no Brasil, visto que, ao congelar a despesa per capita, não há como considerar as particularidades locais que assolam de forma distinta a saúde no Brasil.

Implantado para atuar de forma tripartite, o SUS é financiado por meio do orçamento da seguridade social, que engloba saúde, previdência e assistência social, sendo as principais fontes de recursos para a saúde a Contribuição Sobre o Lucro Líquido (CSLL) e o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), pagas pelas empresas à União. Ao desconsiderar todo o exposto, e ainda a necessidade indispensável de expansão da rede pública, incorporação de novas tecnologias e os demais custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas, a EC 95 ainda evita que acréscimos reais vindos do crescimento econômico sejam automaticamente transferidos às despesas primárias, quadro em que estão englobadas os custeios com ações e serviços públicos de saúde.

Foram sacrificados muitos dos direitos sociais com a nova regra. Para se ter uma noção, caso não estivesse em vigor, o teto em valores reais orçado para 2019 seria de R\$ 127 bilhões (15% da receita corrente líquida estimada para este ano); entretanto, o valor vigente é de R\$ 117,3 bilhões. Tal fato presente em um cenário de decréscimo das despesas federais na área da saúde, aproximadamente de 58% para 43% das despesas públicas totais entre os anos de 2003 a 2017, importa dizer que essa diferença foi

alocada nos orçamentos estaduais e municipais, entes estes já cumprindo além do percentual obrigatório para as referidas despesas.

Pelo exposto, a situação tende a agravar-se nos próximos anos. Considerando-se o quadro fiscal complexo, a proposta em análise e votação não apontam preocupações efetivas com políticas sociais, como o SUS, por exemplo.

Nesse sentido, a desvinculação pretendida não foi alcançada no exercício de 2018; em contrapartida, poucos avanços foram concretizados oriundos de um intenso debate na União. Um exemplo dessas medidas foi que, em 2017, existiam 54 ações orçamentárias; e, em 2018, houve uma queda para 36 ações, correspondendo a uma pequena desvinculação na aplicação de recursos para Políticas de saúde relacionadas com os repasses dos recursos do Ministério da Saúde para as secretarias de saúde dos estados e dos municípios, conforme previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA) de cada exercício mencionado.

A EC 95/2016 foi uma das grandes causadoras da crise no financiamento da saúde no Brasil. Essa Emenda alterou o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) em vários dispositivos, inserindo um novo sistema fiscal limitando os gastos com o governo federal que, tendo uma vigência de 20 anos – e tendo, também, todavia, possibilidade de alteração –, só poderá acontecer depois de 10 anos de vigência da EC 95. Com base apenas na correção anual, nessa razão e de acordo com a alteração realizada, os gastos públicos não vão seguir o aumento de renda e da população.

Em face dessa alteração, não poderá ocorrer o aumento dos gastos totais e reais do governo acima da inflação, mesmo que o cenário econômico esteja favorável, o que acaba por diferenciar a situação do Brasil com outras situações semelhantes de outros países que também instituíram teto para as despesas públicas⁵. Assim, o núcleo central da reforma proposta é que a despesa pública federal tenha um crescimento real nulo, o que, conseqüentemente, implica uma redução da despesa pública em proporção ao Produto Interno Bruto (PIB)⁶.

A reforma implementada traz inúmeros impactos sociais, principalmente na saúde e educação. Além disso, cumpre registrar que a atual crise fiscal por parte dos governos estadual e municipal é um agente impulsionador para agravar o subfinanciamento do SUS,

[...] uma vez que é bastante improvável que consigam aumentar sua participação sua participação no financiamento do SUS de forma a compensar os recursos que deixarão de ser aplicados pela União, [considerando ainda que, atualmente, já aplicam] [...] muito superiores ao mínimo constitucional – em 2017, os municípios aplicaram 24,2% de suas receitas⁷⁽⁸⁾.

Nesse cenário com a política de reforma de repasses federais,

o debate sobre a regionalização das ações e serviços ganha nova formulação, ancorando-se na iniciativa autônoma dos municípios de se articularem e cooperarem nos espaços das regiões de saúde⁸⁽³⁸⁾.

É irrefutável que a alteração na política de repasse dos recursos federais para área de saúde, conforme previsto no ADCT, prejudicará a situação dos Estados e municípios, que, de acordo com um estudo publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) sobre os gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), ficou comprovado que, “entre 2003 e 2014, houve um crescimento real contínuo da despesa das três esferas de governo com ASPS”⁷⁽¹³⁾.

O estudo também aponta uma redução real dos gastos em 2015 e 2016. Não obstante essa redução, foi duplicado o gasto total dos três entes no período de 2003 a 2017 (com um crescimento de 120%). Assim, analisando-se separadamente,

[...] o gasto federal apresentou um crescimento de 89%; o estadual de 130%; e o municipal de 169%, e o total de recursos adicionais

aportado pelas instâncias de governo – quando comparado o ano de 2003 ao de 2017 – é bastante significativo (em reais de 2017): União, R\$ 54,1 bilhões; estados, R\$38,6 bilhões; e municípios, R\$ 51,8 bilhões⁷⁽¹³⁾.

Depreende-se dessa análise de gasto total com as ações e serviços de saúde que, quanto maior for a retração da participação da União, o que facilmente é comprovado com o percentual menor de seu aumento com o gasto público de saúde, maior será a necessidade de recurso a ser suportado pelos Estados e municípios.

Assim, conforme demonstrado no percentual acima, o congelamento do teto do gasto público da União inviabiliza qualquer melhora na saúde e educação pública no País, permitindo um sucateamento desses setores com risco a eliminar seu caráter universal⁷.

Com o aumento da alocação de recursos por parte dos estados e municípios para financiar as ações e serviços públicos de saúde, alterou-se significativamente a participação de cada ente federativo. Assim,

[...] a participação da União diminuiu de 50,1% em 2003 para 43,2% em 2017; a de estados aumentou de 24,5% para 25,7%; e a dos municípios de 25,4% para 31,1%⁷⁽¹⁴⁾.

A crise no financiamento do sistema de saúde, portanto, está agravada com o congelamento do teto; e claro é evidente que sobrarão aos estados e municípios o aporte de recurso necessário para manter os serviços de saúde, uma vez que os gastos aumentam anualmente.

Considerações finais

Ao se comparar o sistema de saúde brasileiro com outros sistemas existentes no mundo, em geral, encontraremos similaridades no tocante à participação de recursos públicos (impostos e contribuições sociais) e privados (planos/seguros de saúde ou desembolso direto). Entretanto, os desafios na condução da política

de saúde – mais especificamente aqui, no (sub) financiamento do SUS – requerem ponderar sobre os fatores socioeconômico, cultural e o sistema político do Brasil, para enfrentar a crise de desfinanciamento no sistema de saúde.

Apesar de contar com um sistema nacional de saúde, financiado por tributos gerais e de oferta pública e gratuita a toda a população, o Brasil conta com participação majoritária do setor privado, prova evidente de subfinanciamento do SUS, com resultados que comprometem o acesso e a integralidade do atendimento. Em vista disso, é premente a necessidade de incremento financeiro para a sustentabilidade do SUS.

Mais recentemente, a EC nº 95/2016 com as medidas de ajuste fiscal contidas, particularmente o congelamento das despesas por 20 anos, tornam a situação ainda pior. Sabe-se da necessidade de melhorar e otimizar o uso dos recursos disponíveis para aprimorar a eficiência do sistema de saúde, porém esse não deve ser o único olhar, visto que não resolve o problema do subfinanciamento gerado ao longo dos anos, por diversos fatores, dentre eles, a estagnação dos valores transferidos extremamente desatualizados diante dos custos reais dos procedimentos no mercado, principalmente nos serviços de média e alta complexidade.

É importante realçar que a parte da população mais afetada por esse problema são os indivíduos de baixa renda, o que corrobora as desigualdades sociais, visto que a expectativa de vida se manifesta de acordo com determinantes e condicionantes de saúde. Tal fato pode ser exemplificado pela expectativa de vida, que, nas regiões Sul e Sudeste, são, em média, de 78 anos, enquanto no Norte e no Nordeste – em que há maior concentração da população de mais baixa renda do País e onde as condições sociais são, em geral, piores – esse indicador é de aproximadamente 70 anos⁹.

Algumas estratégias de enfrentamento para esses desafios vêm sendo estudadas, dentre elas, destacam-se a consolidação da regionalização e das Redes de Atenção à Saúde,

concomitantemente com o fortalecimento da cooperação interfederativa, para que haja economia de escala e escopo, além de eficácia no atendimento. Essas estratégias precisam ser efetivamente implementadas; ainda que pesem como obstáculos, os limites estruturais do sistema no tocante ao domínio e à distribuição de recursos econômicos e produtivos, que influenciam fortemente o grau de cooperação entre os entes – do limitado pacto político nacional, da base frágil de financiamento do SUS e de gargalos de acesso resultantes da desigualdade de distribuição da capacidade instalada¹⁰.

O Ministério da Saúde tem reforçado também a importância do uso da informação qualificada para priorizar programas e ações de serviços em saúde, a exemplo do e-SUS, que trata da implantação do prontuário eletrônico no âmbito do SUS de e-SUS, tendo dois pilares principais: o e-SUS AB e o e-SUS hospitalar. A necessidade de construção de um mecanismo/sistema de informação integrado, que compreenda a identificação única do cidadão e o seu prontuário eletrônico, interligando todos os provedores das redes pública e privada, ou seja, independentemente da porta de entrada desse usuário na rede de serviços de saúde, é ferramenta de fundamental importância para a tomada de decisões quando se trata da limitação de recursos.

Alguns programas também se mostraram exitosos para o enfrentamento de outro gargalo do SUS, a gestão de recursos humanos. O Programa Mais Médicos é um grande exemplo disso: com foco nas áreas mais vulneráveis e remotas, foi um alento nos grandes vazios assistenciais, porém foi inevitável a retração dos gestores municipais que já atuavam nessas localidades. Entretanto, essa não deve ser a lógica que oriente o programa, e, sim, a sua expansão com parcerias que complementem a prática do cuidado médico, assim como a valorização de outros profissionais de saúde, de forma a qualificar ainda mais o atendimento na atenção primária.

Por fim, o futuro do financiamento público da saúde será afetado por decisões políticas e macroeconômicas, pelos arranjos institucionais e pelas decisões sobre o modelo de proteção social brasileiro¹¹. Essas decisões dependerão das posições de atores importantes (partidos políticos, sociedade civil organizada e outros segmentos sociais) e, em última instância, da imagem que a sociedade projeta para o SUS: um sistema restrito, só para os mais necessitados, ou um sistema que realmente seja a principal e prioritária forma de atenção à saúde de toda a população brasileira¹². ■

Referências

1. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Tassinari C. Jurisdição e Ativismo Judicial: Limites da atuação do Judiciário. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora; 2013.
3. Soares LTR. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Petrópolis: Vozes; 2001.
4. Brasil. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, Brasília, DF; 2011.
5. Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Revista de Investigações Constitucionais. Curitiba. 2017; 4(1): 259-281.
6. Rossi P, Dweck E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. Cad. Saúde Pública. 2016; 32(12): e00194316.
7. Piola SF, Sá e Benevides RP, Vieira FS. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Texto para discussão. Rio de Janeiro: IPEA; 2018.
8. Jaccoud L, Vieira FS. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Texto para discussão. Rio de Janeiro: Ipea; 2018.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
10. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas comissões intergestores bipartites. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(4):1097-1108.
11. Associação Brasileira de Economia da Saúde - ABRES. Nota sobre o financiamento público da saúde. Contribuição da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES) ao documento das entidades. Brasília, DF; 2014.
12. Marques RM, Piola SF. O financiamento da saúde depois de 25 de SUS. In: Rizzotto MLF, Costa AM, organizadoras. 25 anos do direito universal à saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2014.

O SUS, as eleições de 2018 e a democratização do Estado: alguns pingos nos ís*

Nelson Rodrigues dos Santos¹

*Este ensaio é uma contribuição ao debate eleitoral pelas entidades do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), publicado em:

Santos NR. O SUS, as eleições de 2018 e a democratização do Estado: alguns pingos nos ís [internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 10]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2018/05/o-sus-as-eleicoes-de-2018-e-a-democratizacao-do-estado-alguns-pingos-nos-is/>.

¹Professor aposentado da Universidade de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Departamento de Saúde Coletiva (DCS) – Campinas (SP), Brasil. Membro do Conselho Superior do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa) – Campinas (SP), Brasil. nelsonrs@unicamp.br

LEMBREMOS, NÓS MILITANTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), algumas realidades óbvias e outras nem tanto, todas discutíveis, mas que, nestes 30 anos do SUS, nos remetem para um grande desafio que permanece: o direito da maioria da população apropriar conhecimento, consciência dessas realidades e retomar o amplo debate e mobilização, já neste ano eleitoral. Arriscamos a síntese dessas realidades:

1- Concordância universal com o modelo de atenção à saúde de qualidade, provedor de condições de vida saudável, proteção contra riscos de doenças crônicas, transmissíveis e traumas, e diagnóstico e tratamento precoces, que resolve 80 a 90% das necessidades e direitos da população (atenção primária ou básica à saúde). Esse modelo não comporta o desumano volume de sofrimento e recursos financeiros evitáveis, e atende oportunamente com procedimentos especializados de maior custo assistencial, os 10 a 20% que inevitavelmente necessitam.

2- Somente os sistemas públicos de saúde universalistas e equitativos de atenção integral à saúde, assumidos por Estados mais democratizados, conseguem efetivar o modelo de atenção apontado no item anterior. Esta é uma realidade explicitamente comprovada por mais de um século, por evidências científicas, indicadores de eficácia social, de eficiência em economia de escala, de precedência da realização da equidade sobre a economia de escala em situações bem identificáveis, de redução da desigualdade social e do alto significado econômico dos multiplicadores fiscais que comprovam o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) consequente ao investimento no sistema público de saúde, em valor bem acima do valor desse investimento.

3- Nos sistemas públicos de saúde universalistas a menor ‘célula’ territorial e populacional do sistema é a Região de Saúde com seus municípios articulados de tal forma que a população regional disponha de fácil acesso aos serviços de atenção básica resolutive e referência para redes microrregionais e regionais de assistência especializada.

4- Os sistemas públicos universalistas de saúde foram surgindo no século passado nos países europeus, abalados com a desenfreada acumulação e concentração da riqueza e do capital, graves crises econômico-sociais e com duas grandes guerras mundiais, que levaram as sociedades a pactos sociais mais civilizados, que geraram os Estados de Bem-Estar Social (Ebes), estendidos, após, ao Canadá, Japão e outros.



5- Constatções empíricas nas sociedades com Ebes: a) as empresas de seguro privado de saúde, vem se mantendo com seus consumidores representando por volta de 10% da população, pelo fato de que por volta de 90% optam pelo sistema público universalista de qualidade, b) nesses países o desempenho do sistema público universalista constitui-se no grande marco regulatório do mercado dos seguros privados de saúde, e c) esses sistemas públicos são financiados por 75 a 80% dos gastos totais com saúde, que correspondem de 7 a 8% do PIB.

6- Constatções empíricas nas sociedades com o mercado na saúde pouco ou nada regulado pelo interesse público: a) o mercado de planos e seguros privados de saúde concentra-se na assistência especializada e/ou tecnicada de médio e alto custo, integrando um tripé interdependente com o mercado da indústria de medicamentos e equipamentos de saúde e com as agências financeiras desse tripé, b) os interesses desse mercado tencionam permanentemente as condutas profissionais de saúde sob os ângulos técnico-científico e bioético, e c) esse mercado na saúde não se realiza sob os princípios da universalidade, equidade e atenção integral para os direitos humanos à saúde.

7- Nos ‘arranjos ou *mix*’ público-privados que vem sendo propostos ou implementados em vários países, inclusive o nosso, consta uma atenção básica de baixo custo, focal e compensatória (‘cesta básica’), e assistência especializada realizada majoritariamente sob gestão de entes privados contratados/conveniados, sob padrão de eficiência de economia de escala com baixo custo unitário. Ao contrário do que propagam, tornam o sistema menos eficaz em relação aos gastos públicos com a saúde dos cidadãos: a ausência da atenção integral à saúde, da equidade e consequente alta produção assistencial, geram incalculável massa de procedimentos diagnósticos e terapêuticos tardios e

evitáveis, consequente sofrimento humano e por isso, ineficácia do sistema com desperdício de recursos públicos. O paradigma subliminar que nos é inculcado é o dos EUA, cuja % do PIB para a saúde é quase o dobro da média europeia (devido aos elevados gastos privados) e seus indicadores de saúde permanecem abaixo da média europeia.

8- Quanto a essas comprovadas realidades apontadas nos itens anteriores, vale indagar: como as militâncias ‘SUS’ e do MRSB (Movimento da Reforma Sanitária Brasileira) vem tomando conhecimento e reagindo perante estas e outras realidades e desafios? Em minitexto anterior interpretamos que a maior parte dos profissionais e demais trabalhadores do SUS e gestores descentralizados no seu trabalho diário, não só resgatam na prática os valores do direito e solidariedade, como também acumulam nos seus corações e mentes o testemunho e sentimento de que estão fazendo bem aos direitos da população, daí a expressão ‘militância SUS’, e a eles somam os conselhos de saúde. Realizam a cada ano mais de 3 bilhões de atendimentos ambulatoriais, mais de 11 milhões de internações, mais de 500 milhões de exames laboratoriais e radiológicos, os maiores programas de imunização e de transplantes de órgãos e tecidos do mundo etc. Nos Congressos do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e dos Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são expostos painéis e *stands* com centenas e dezenas de ilustrações de experiências bem sucedidas no SUS em todo o território nacional, fruto da tocante e obstinada persistência, criatividade e solidariedade de trabalhadores de saúde, gestores descentralizados e usuários do SUS. A militância do MRSB são os dirigentes eleitos e afiliados das entidades Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), Associação Nacional do Ministério Público

de Defesa da Saúde (Ampasa), RedeUnida, Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), Sociedade Bíblica do Brasil (SBB) e outras, assim como importantes setores acadêmicos nas áreas da saúde, sociologia, política, história e outras. Diante de tantos obstáculos e distorções impostos ao SUS, que impedem a implementação geral do modelo descrito nos dois primeiros itens deste minitexto, algum arrefecimento ou desgaste já pode estar ocorrendo na militância 'SUS'. Também nos corações e mentes dessa militância deve ressoar o desgaste de conviver, impotentes nestes 30 anos, com a quantidade diária de procedimentos diagnósticos e terapêuticos tardios, com sofrimentos humanos e até óbitos evitáveis, convivendo com a reconhecida alta produtividade e eficiência com baixos recursos, e por outro lado, com muito baixa eficácia social, muito aquém do pactuado no debate constitucional para a atenção integral à saúde e a equidade.

9- Como nos anos 70 e 80 surgiram essas militâncias e como elas atuaram perante os movimentos sociais e estrutura sindical de então, perante a academia e os poderes Legislativo e Executivo? – Quais etapas e resultados que desaguarão na CF/1988? – Nos últimos 30 anos, quais alterações acumularam-se: na composição e estratégias das forças hegemônicas, nos profundos impactos da comunicação virtual, informática e automação na estrutura dos processos de trabalho e das relações de trabalho? – A concepção e estrutura dos Ebes encontram-se em reconstrução? – E as cooptações de quadros dessas militâncias? – E seus desafios nos limites da contra-hegemonia? – Qual o sentido nesses 30 anos, da fragmentação nas representações sociais, nas estratégias das centrais sindicais e da crise de representatividade na sociedade, no Legislativo e no Executivo? – Na dobrada da década dos anos 80 para a dos anos 90 houve inflexão nas origens e forças, impensáveis até então, contra a pactuação social em construção e aprovação da

Constituição Cidadã? – Nestes 30 anos as militâncias 'MRSB' e 'SUS' muito cresceram, mas suas formulações, construção de bandeiras unitárias e mobilizações diretamente com a sociedade e suas entidades, assim como com os poderes Legislativo e Executivo, adequaram-se e cresceram em amplitude e vitórias democráticas? Fechamos este item recomendando enfaticamente as apresentações e reflexões no recente evento Conass Debate (24-25/Abril) Futuro dos Sistemas Universais de Saúde: Portugal, Costa Rica, Inglaterra e Canadá, e no Brasil, as imperdíveis contribuições, informações e propostas de Jairnilson Paim, Gastão Wagner, Eugenio Vilaça, Fernando Cupertino e outros (<http://www.conass.org.br> e ascom@conass.org.br). Na mesma linha a revista 'Ciência & Saúde Coletiva' lançará em junho, número especial dos 30 anos do SUS, também imperdível.

10- Vivemos hoje o intrincado desafio dos debates, pesquisas e reflexões na busca de respostas a essas e outras questões, que foram vitais para o pacto social e constitucional dos anos 80. Quais mudanças, reformulações e reconstruções passaram a ser requeridas no decorrer desses 30 anos, para a sociedade e Estado, com vistas à construção do SUS? Para tanto não vemos como não considerar o ângulo mais abrangente e histórico da economia política. Deparamos com a retomada da acumulação e concentração exponencial do capital, agora globalizada, com estratégia definida e explicitada nos anos 80: uma pactuação alicerçada por uma 'nata' internacional de intelectuais orgânicos e estrategistas financeiros especialmente convidados. Foi o 'Consenso de Washington', que após as experiências de Thatcher e Reagan, definiram entre várias estratégias, a de não mais financiar os Ebes com recursos públicos, impondo a Financeirização dos Orçamentos Públicos (FOP), o comando hegemônico do capital financeiro especulativo sobre o capital produtivo e graus diferenciados de autonomia dos Bancos Centrais perante os

governos nacionais. Na FOP destaca-se a estratégia da austeridade nos gastos públicos com a infraestrutura do desenvolvimento nacional e com as políticas públicas universalistas para os direitos sociais, gastos esses classificados como perdulários nas instituições públicas mas não na iniciativa privada (subsidiada ou livre mercado). A FOP vem avançando globalmente nestes 30 anos, com intensidade variável segundo o grau de desenvolvimento e democratização do Estado e a reação da sociedade em cada país; no Brasil os juros e demais serviços da dívida pública há vários anos vem consumindo acima de 50% do Orçamento Geral da União, este gasto, jamais assumido como perdulário pela ortodoxia econômica neoliberal, menos ainda, qualquer possibilidade de ser submetido a auditoria internacional independente. Restam: 22,1%-previdência social, 3,9%-saúde, 2,8%-educação, 0,5%-segurança pública, 0,04%-energia, 0,04%-saneamento etc. Os 30 anos de pregação dessa ortodoxia econômica criou tais expectativas, que o coordenador da proposta econômica da campanha do ex-governador do Estado de São Paulo, declarou:

a obrigação de destinar parte das receitas públicas para Saúde e Educação deve passar da Constituição para Lei Ordinária, porque cai de 308 para 257 o número de deputados a serem contornados.

A Emenda Constitucional 95/2016 foi mais um passo na FOP, constitucionalizando-a. Fechamos este item também com enfática recomendação do excelente texto ‘Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas

sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo’, de Fabíola S. Vieira, Isabela S. Santos, Carlos O. Reis, Paulo H. Rodrigues e outros, janeiro/2018. (Os núcleos do Cebes de Brasília, Goiás e Salvador elaboraram o criativo resumo ‘Que história é essa de austeridade?’). Muito recomendamos também a excelente análise de Pedro P. Bastos e Luis G. Belluzzo ‘Uma crítica aos pressupostos do ajuste econômico’ publicado em 09/10/2016 no caderno ‘Ilustríssima’ da ‘Folha de São Paulo’.

11- Compondo com a implementação da FOP em nosso país, permanece intocável nosso sistema tributário entre os mais regressivos e espoliadores do mundo: penaliza tanto mais quanto menor é a renda pessoal e familiar e bem mais os agentes da produção e consumo, do que os agentes da acumulação da renda de aplicações financeiras especulativas, dividendos, patrimônio e riqueza. Nosso sistema tributário permanece como verdadeiro motor da engrenagem concentradora de renda e desigualdade social. A proposta de iniciar efetivamente a reversão da regressividade, mais consequente e viável até o momento, é o projeto apresentado pela Federação Nacional do Fisco – Fenafisco (Estados e Distritos) e a Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Nacional (Anfip).

PS – Os minitextos ‘A globalização perversa e desumana da ditadura financeira especulativa’ (11/11/2015) e ‘A conjuntura de 30 anos do domínio financeiro especulativo: desafios para 2018’ (02/01/2018) estão à disposição por trazerem dados e informações ligados a este minitexto. ■

Propostas para a área da saúde dos candidatos à Presidência 2018*

Jair Bolsonaro – Brasil acima de tudo Deus acima de todos – O caminho da prosperidade

<http://www.tse.jus.br/arquivos/jair-bolsonaro-proposta-de-governo-lo-turno>.

É possível fazer MUITO mais com os atuais recursos! ESSE É NOSSO COMPROMISSO!

Abandonando qualquer questão ideológica, chega-se facilmente à conclusão que a população brasileira deveria ter um atendimento melhor, tendo em vista o montante de recursos destinados à Saúde. Quando analisamos os números em termos relativos, o Brasil apresenta gastos compatíveis com a média da OCDE, grupo composto pelos países mais desenvolvidos.

Mesmo quando observamos apenas os gastos do setor público, os números ainda seriam compatíveis com um nível de bem estar muito superior ao que vemos na rede pública. O Prontuário Eletrônico Nacional Interligado será o pilar de uma saúde na base informatizada e perto de casa. Os postos, ambulatórios e hospitais devem ser informatizados com todos os dados do atendimento, além de registrar o grau de satisfação do paciente ou do responsável. O cadastro do paciente reduz custos ao facilitar o atendimento futuro por outros médicos, em outros postos ou hospitais. Além disso, torna possível cobrar maior desempenho dos gestores locais.

Credenciamento Universal dos Médicos: Toda força de trabalho da saúde poderá ser utilizada pelo SUS, garantindo acesso e evitando a judicialização. Isso permitirá às pessoas maior poder de escolha, compartilhando esforços da área pública com o setor privado. Todo médico brasileiro poderá atender a qualquer plano de saúde.

Mais Médicos: Nossos irmãos cubanos serão libertados. Suas famílias poderão imigrar para o Brasil. Caso sejam aprovados no REVALIDA, passarão a receber integralmente o valor que lhes é roubado pelos ditadores de Cuba!

UM EXEMPLO DE PREVENÇÃO: Saúde bucal e o bem estar da gestante. Estabelecer nos programas neonatais em todo o país a visita ao dentista pelas gestantes. Onde isso foi implementado, houve significativa redução de prematuros.

Médicos de Estado: Será criada a carreira de Médico de Estado, para atender as áreas remotas e carentes do Brasil.

Os agentes comunitários de saúde serão treinados para se tornarem técnicos de saúde preventiva para auxiliar o controle de doenças frequentes como diabetes, hipertensão, etc. Outro exemplo será a inclusão dos profissionais de educação física no programa de Saúde da Família, com o objetivo de ativar as academias ao ar livre como meio de combater o sedentarismo e a obesidade e suas graves consequências à população como AVC e infarto do miocárdio.

* As propostas dos candidatos foram publicadas em:

Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Propostas de governo dos candidatos ao cargo de Presidente da República [internet]. Brasília, DF: TSE; 2018. [acesso em 2019 jun 12]. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-2018/propostas-de-candidatos>.

Fernando Haddad – O Brasil feliz de novo

<http://www.tse.jus.br/arquivos/fernando-haddad-proposta-de-governo-lo-turno>.

O Sistema Único de Saúde (SUS), inscrito na Constituição Federal de 1988, é a política pública mais inclusiva do país, pois atende a toda população brasileira. A coligação PT/PCdoB/PROS reafirma o compromisso de defender o SUS e continuar a luta pela implantação total do SUS, como direito social de todo o povo brasileiro e dever do Estado, que passa pelas seguintes diretrizes: aumento imediato e progressivo do financiamento da saúde; valorização dos trabalhadores da saúde; investimento no complexo econômico-industrial da saúde; articulação federativa entre municípios, Estados e União; e diálogo permanente com a sociedade civil sobre o direito à saúde. O fracasso econômico do golpe (mais de 13 milhões de desempregados) e suas medidas antipopulares de austeridade fiscal já se fazem sentir dramaticamente na saúde, por exemplo, com aumento da mortalidade infantil, diminuição da cobertura vacinal e volta de doenças evitáveis. As reformas impostas e as ações de desmonte do SUS estão destruindo ou ameaçando gravemente políticas universalizantes e inclusivas que foram construídas nos últimos anos, como o Mais Médicos, as UPAs, o SAMU, a Farmácia Popular, a Saúde da Família, o Programa Nacional de Imunizações, entre outros. A partir de uma concepção fortemente privatizante da saúde, o governo golpista e seus aliados não apenas ataca o SUS, como procura criar regras que prejudicam fortemente os usuários de planos privados de saúde, por exemplo, com aumentos abusivos de preços e exclusões de cobertura. A proposta de criação de “planos populares de saúde” afronta a universalidade e impõe redução de direitos. Não capturadas pelo poder econômico, a ANS e ANVISA são essenciais para reduzir os gastos dos trabalhadores, das famílias e dos

empregadores com remédios, planos, médicos e hospitais. Haddad vai reverter medidas do governo golpista que atacam o direito à saúde. O Brasil precisa enfrentar a queda proporcional das despesas federais de saúde em relação aos gastos públicos totais da área, assim como criar condições para ampliação do gasto federal em saúde em relação ao PIB. O país deve aumentar progressivamente o investimento público em saúde, de modo a atingir a meta de 6% em relação ao PIB. Novas regras fiscais, reforma tributária, retorno do Fundo Social do Pré-Sal, dentre outras medidas, contribuirão para a superação do subfinanciamento crônico da saúde pública. O governo Haddad fortalecerá a regionalização dos serviços de saúde, que deve se pautar pela gestão da saúde interfederativa, racionalizando recursos financeiros e compartilhando a responsabilidade com o cuidado em saúde. Além disso, serão exploradas ao máximo a potencialidade econômica e tecnológica do complexo industrial da saúde de forma a atender as necessidades e especificidades do setor saúde, reduzindo custos e aumentando a eficiência tecnológica, fomentando a produção de ciência e tecnologia e incrementando o mercado interno, considerando os interesses e a soberania nacionais. O governo Haddad aprimorará a regulamentação das relações com o terceiro setor de saúde, em particular com as organizações sociais, superando o paradigma da precarização e da terceirização da gestão. Ademais, regulará de forma mais transparente os planos privados de saúde, em favor de 22% da população que pagam por planos coletivos e individuais. Para nós, a participação social representa uma estratégia fundamental de implantação e consolidação do SUS. Serão fortalecidos os conselhos e conferências de saúde, de forma que seu papel de formulação de políticas seja o orientador das políticas para o setor. O governo vai atuar fortemente na área da promoção da saúde, com políticas regulatórias e tributárias (referentes ao tabaco, sal, gorduras, açúcares, agrotóxicos etc.), por meio

de programas que incentivem a atividade física e alimentação adequada, saudável e segura. Estabelecerá ainda forte ação de controle do *Aedes aegypti*, que vem fragilizando a saúde no país. Implantará também programas de valorização do parto normal, humanizado e seguro, de superação da violência obstétrica e da discriminação racial no SUS. Ademais, o governo Haddad reafirmará seu compromisso com a agenda da Reforma Psiquiátrica. Além da saúde do trabalhador, o governo Haddad vai produzir políticas intersetoriais, por exemplo, para reduzir os acidentes de trânsito e todas as formas de violência, com a participação de diversas áreas do governo, para garantir atenção especial e integrada às populações vulneráveis. Serão implantadas ações voltadas para a saúde das mulheres, pessoas negras, LGBTI+, idosos, crianças, juventudes, pessoas com deficiência, população em situação de rua, população privada de liberdade, imigrantes, refugiados e povos do campo, das águas e das florestas. Enfrentaremos o desafio de tornar o SUS realmente universal e integral, aperfeiçoando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para consolidar esses pressupostos constitucionais. Para isso a organização de uma atenção básica resolutive e organizadora do cuidado à saúde é o eixo central da política assistencial que se quer implementar. A exitosa experiência do Programa Mais Médicos representa uma ousada iniciativa para garantir a atenção básica a dezenas de milhões de brasileiros. Esse programa deve nortear novas ações de ordenação da formação e especialização dos profissionais de saúde, considerado o interesse social e a organização e funcionamento do SUS, bem como a construção de carreiras abrangentes e flexíveis para atender as necessidades de toda população. O governo Haddad retomará e ampliará programas de amplo reconhecimento popular e de especialistas, como o já citado Programa Mais Médicos e a Estratégia de Saúde da Família, o SAMU, o Farmácia Popular, Brasil Sorridente, a Rede de Atenção Psicossocial (com os CAPS III e Residências

Terapêuticas) e a Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência, entre outros, que estão sendo prejudicados e descontinuados pelo governo golpista. Além disso, o governo federal, em parceria com Estados e municípios, vai criar a rede de Clínicas de Especialidades Médicas em todas as regiões de saúde. Integradas com a atenção básica, as Clínicas garantirão o acesso a cuidados especializados por equipes multiprofissionais para superar a demanda reprimida de consultas, exames e cirurgias de média complexidade. Serão organizadas de forma regional, com unidades de saúde fixas e unidades móveis e transporte aos pacientes em tratamento fora de domicílio. As Clínicas de Especialidades Médicas contarão com médicos especialistas (tais como ortopedistas, cardiologistas, ginecologistas, oncologista, oftalmologista, endocrinologista) e profissionais das mais diversas áreas (fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, entre outras). Incluirão também hospitais-dia e poderão realizar diversos procedimentos, como cirurgias ambulatoriais especializadas, exames ultrassonográficos, procedimentos traumato-ortopédicos. Ademais, o governo federal organizará e intensificará os mutirões de exames e cirurgias. A integração dos serviços básicos e especializados já existentes e a criação de novos onde for necessário, a qualificação do cuidado multiprofissional e a ampliação da resolutividade serão prioridades. Será investido ainda, na implantação de dispositivos de compartilhamento do cuidado, expansão do matriciamento, teleconsulta, apoio vivo nos territórios, entre outros, como agenda prioritária na construção de linhas de cuidado que ajudem a vencer a fragmentação e descontinuidade do cuidado em saúde. Entendemos que uma atuação federal na média complexidade é tarefa importante e factível para o próximo período, visando garantir apoio técnico, financeiro e regulatório. Será implantado um eficiente sistema de regulação das filas para gerenciar o acesso a consultas, exames e procedimentos

especializados, em cogestão com estados e municípios. Vamos garantir, ainda a estruturação de um sistema de transporte sanitário para a locomoção adequada e segura dos pacientes aos serviços especializados. O governo Haddad investirá na implantação do prontuário eletrônico de forma universal e no aperfeiçoamento da governança da saúde. Estimulará ainda a inovação na saúde, ampliando a aplicação da internet e de aplicativos na promoção, prevenção, diagnóstico e educação em saúde. São essas ações articuladas e integradas que garantirão acesso a saúde e qualidade de vida.

Alvaro Dias – Mudança de verdade

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000618462/proposta_1534304719669.pdf.

A natureza do capitalismo que, como regime econômico, nos convence e anima é aquele que partilha o capital do País de modo efetivo e rápido entre muitos sócios, aliás milhões de pessoas, ou seja, um capitalismo cujos benefícios e vantagens possam ser usufruídos pelo maior número possível de cidadãos com acesso ao título de propriedade de suas residências e áreas rurais, cujos filhos tenham acesso a sistemas de educação e saúde de qualidade equivalente à de países de referência nessas áreas, e cujo capital, hoje estatal, possa ser compartilhado de modo objetivo por toda a população mediante a capitalização previdenciária.

Promover e incentivar a criação de Consórcios Intermunicipais de Saúde, de Infraestrutura e de Desenvolvimento Regional.

Saúde com pronto atendimento:

- Filas zero nas emergências e prontuário eletrônico;
- Genéricos sem imposto até 2022.

Cabo Daciolo – Plano de nação para a Colônia brasileira

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000602500/proposta_1533774159360.pdf.

No Brasil, é ineficiente o trabalho realizado por meio de políticas de prevenção às enfermidades, sendo a prática da gestão da saúde pública, voltada em sua maioria para o atendimento das enfermidades após a sua manifestação. Sendo assim, iremos melhorar a gestão de prevenção às enfermidades com o objetivo de reduzir a pressão sobre os prontos-socorros e hospitais. Existem hoje em nosso país, aproximadamente 5.530 hospitais. Desse total, aproximadamente 1/3 é constituído por hospitais da rede privada, enquanto que, 2/3 são formados por hospitais da rede pública de saúde. Os totais de leitos de internação do Sistema Único de Saúde estão distribuídos da seguinte forma entre as regiões brasileiras: A Região Centro Oeste possui 23.714 leitos de internação; a Região Nordeste 95.030 leitos; a Região Norte 22.998 leitos e as Regiões Sudeste e Sul possuem respectivamente, 119.680 e 52.076 leitos, totalizando no país 313.498 leitos de internação. No que diz respeito à quantidade de leitos de UTI do Sistema Único de Saúde, a quantidade total é de 19.131 leitos. Já, no tocante à quantidade de leitos complementares, o total é de 23.443 leitos, sendo insuficiente para a prestação de serviços públicos de saúde de qualidade. Além disso, os profissionais da saúde pública carecem de melhores condições de trabalho e melhores equipamentos e materiais. Somente para exemplificar, apenas 3% dos hospitais públicos brasileiros possuem condições adequadas para receber pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC). Dos hospitais particulares, 76% não possuem condições de receberem pacientes com esse quadro clínico, que, diga-se de passagem, é muito grave. São inúmeras as

críticas ao sistema de saúde pública brasileiro. Os hospitais em sua maioria são marcados pela hiperlotação, os profissionais são geralmente, mal remunerados e além do que, falta uma boa gestão e os recursos financeiros são mal aplicados. Contudo, por mais que a situação da saúde pública brasileira seja precária, é possível que o quadro crítico seja revertido em um quadro satisfatório. A começar pela boa aplicação dos recursos na área da saúde através de uma gestão altamente profissionalizada e eficiente. Acrescente-se a isso, uma boa articulação federativa por parte dos Poderes Executivo e Legislativo da União com os seus pares das esferas Estadual e Municipal, a fim de que, convênios mais efetivos sejam firmados entre União, Estados e Municípios com o objetivo de aumentar a disponibilidade de leitos à população. Sendo assim, iremos articular as Diretrizes Nacionais de Gestão da Saúde Pública ao Sistema Único de Saúde – SUS, que irão padronizar as práticas de gestão administrativa da saúde pública federal, estadual e municipal a fim de melhorar as condições de trabalho e a remuneração dos profissionais da saúde, e, sobretudo, oferecer um atendimento de alta qualidade aos cidadãos.

Metas

- Defender os princípios e diretrizes do SUS;
- Adotar políticas, programas e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde;
- Dar transparência às informações de caráter público do SUS;
- Interiorizar a medicina e o trabalho médico;
- Criar uma carreira de Estado para os médicos que atuam na rede pública;
- Implantar os planos de cargos e carreiras para os médicos da rede pública;
- Instituir programas de educação continuada

gratuitos para médicos e de outros profissionais de saúde do SUS;

- Fortalecer o financiamento, gestão e controle do SUS;
- Aumentar a participação da União nas despesas sanitárias totais;
- Melhorar a infraestrutura, as condições de trabalho e o atendimento;
- Recuperar a rede de urgências e emergências;
- Aumentar a quantidade dos leitos de internação e de unidades de terapia intensiva;
- Atualizar a tabela do SUS;
- Dar fim ao desequilíbrio na relação com as operadoras de planos de saúde;
- Dar fim aos subsídios públicos destinados aos planos e seguros privados de saúde;
- Cumprir a Lei da Contratação (Lei nº 13.003/2014);
- Respeitar a Lei do Ato Médico (Lei nº 12.842/2013).

Ciro Gomes – Brasil Soberano

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000605589/proposta_1533938913830.pdf

O povo brasileiro, já tão carente de oportunidades e de bons serviços públicos, merece receber o melhor atendimento de saúde possível. Merece e precisa, uma vez que mais de 80% da população, em média, não possui recursos para alternativas fora da saúde pública.

A concepção generosa e o desenho do Sistema Único de Saúde (SUS) são exemplares. Ao completar 30 anos de sua criação, o SUS precisa ser fortalecido e aperfeiçoado, em busca de melhores resultados para a população brasileira. É necessário aprimorar a organização, supervisão, avaliação e controle do Sistema, eliminando também, como na Educação, o subfinanciamento causado pela Emenda do Teto de Gastos. Só assim será possível ampliar a qualidade e a resolutividade da atenção primária, que ainda hoje é objeto de insatisfação da população. Outro ponto a ser trabalhado é a redução da espera para os atendimentos ambulatoriais, as consultas especializadas e a realização de exames, bem como a diminuição da espera para as cirurgias eletivas. Para isso, é necessário investir na rede de atendimento, nas campanhas de prevenção e de vacinação, na formação de médicos generalistas, na melhoria dos sistemas de informação, na coordenação entre as diversas esferas de atendimento, incluindo o pacto federativo, e na premiação do bom desempenho.

Princípios do sistema

- Reafirmação do SUS como uma política de Estado, universal e que deve ser aprimorada para melhor atender à população;
- Garantia de Acesso, com qualidade, em tempo oportuno;
- Manutenção e aprimoramento de padrões de integralidade da atenção em saúde e equidade no sistema de saúde brasileiro.

Em relação à estrutura de atendimento

NA ATENÇÃO BÁSICA

- Aprimoramento da cobertura, de qualidade e resolutiva, de modo universal, dotando-a dos mecanismos para exercer o papel de referência para a organização, funcionamento e avaliação de todo o sistema de saúde;
- Reforço de seu papel enquanto porta de

entrada no sistema, de caráter preventivo e de acompanhamento das condições de saúde da população, quando a pessoa não estiver necessitando de algum tratamento específico imediato ou emergencial;

- Criação do Registro Eletrônico de Saúde que registrará o histórico do paciente e facilitará o atendimento do paciente em todas as esferas do SUS;
- Incentivo às ações de promoção da saúde individuais e coletivas que estimulem hábitos saudáveis no âmbito dos postos de saúde.

NA ATENÇÃO HOSPITALAR (MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE)

- Criação de Central de regulação para a alocação de leitos e procedimentos, a partir da definição de protocolos de prioridade no atendimento, considerando as diversas especialidades médicas;
- Estímulo à ampliação da rede de policlínicas através da formação de consórcios em mesorregiões;
- Redução da fila atual para realização de exames e procedimentos especializados através da compra de procedimentos junto ao setor privado.

NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL

- Ampliação da oferta de atendimento à urgência e emergência, reforçada por meio da constituição de consórcios em mesorregiões e da implementação de regiões de saúde;
- Aprimoramento e sistematização do processo de entrega de remédios;
- Correção dos valores da tabela de procedimentos;
- Aprimoramento do modelo de gestão e

desenvolvimento de mecanismos de supervisão, avaliação e controle;

- Aprimoramento da integração entre a atenção básica, hospitalar e emergencial e estímulo à adesão através de uma estrutura de incentivos;
- Equilíbrio nas relações interfederativas e intergestores para uma gestão solidária do SUS;
- Premiação de hospitais e postos de saúde bem avaliados;
- Disseminação de boas práticas e supervisão dos postos e hospitais com pior desempenho pelos profissionais daqueles com melhor desempenho;
- Estruturação de carreira de gestor na área da Saúde, a exemplo do que aconteceu com na área de Infraestrutura;
- Melhoria da infraestrutura nas regiões mais distantes de forma a estimular os profissionais a permanecerem nestas regiões;
- Necessidade de formação de médicos generalistas e reforço do conteúdo geral na formação de todas as especialidades;
- Criação de um Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS;
- Valorização dos Conselhos e Conferências de saúde, de forma a aumentar a participação, a transparência e o controle da sociedade sobre a gestão do SUS;
- Criação de incentivos à melhoria da gestão no atendimento privado por meio dos planos de saúde, através, por exemplo, da adoção dos seguintes instrumentos;
- Critérios de entrada e priorização no atendimento;
- Definição de protocolos com a participação

dos profissionais do atendimento médico;

- Verticalização do atendimento;
- Desenvolvimento de sistemas de controle e acompanhamento do histórico dos pacientes.

Estímulo ao desenvolvimento de tecnologias para o aprimoramento dos serviços de saúde

- Fortalecimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde, incluindo ministérios e órgãos da área de Ciência e Tecnologia, com o estímulo à pesquisa, desenvolvimento e inovação em instituições nacionais;
- Aprimoramento do sistema de gestão e incorporação tecnológica no SUS, tanto das tecnologias duras como leves, com atenção especial para o impacto das tecnologias de desenvolvimento acelerado (Inteligência Artificial, TIC, biotecnologia, nanotecnologia etc.), com grande potencial positivo, mas também de efeitos disruptivos sobre o cuidado individual à saúde e às organizações e sistemas de saúde;
- Redução das barreiras impostas pela atual lei de propriedade intelectual, especialmente na proteção de patentes, fazendo uso das flexibilidades do Acordo TRIPS da OMC, como a emissão de licenças compulsórias para a sustentabilidade do direito à saúde, quando necessário;
- Combate intensivo às chamadas arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* (dengue, zika e chikungunya), pois se constituem, junto com a violência letal, nos maiores problemas de saúde pública enfrentados pela população das grandes cidades brasileiras;
- Reforço à vigilância sanitária, com o aprimoramento das relações interfederativas no tratamento dessa questão;
- Reforço aos programas bem-sucedidos do

SUS – a estratégia de saúde da família (ESF), o programa de controle de HIV/AIDS, o programa de transplante de órgãos e o sistema nacional de imunização;

- Recuperação urgente da cobertura vacinal, atentando para a necessidade premente de evitar uma epidemia de sarampo;

- Aproximação entre os gestores do SUS e os operadores do Direito da Saúde na busca de soluções que garantam o direito do cidadão, mas que também reduzam o risco de sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro.

Eymael – Carta 27 – Diretrizes gerais de governo para construir um novo e melhor Brasil

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000624085/proposta_1534450200223.pdf.

Assegurar a todos e de forma concreta o acesso a SAÚDE, através das seguintes ações, entre outras:

a) Desenvolvimento e aplicação efetiva do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PÚBLICA.

b) SAÚDE INTELIGENTE: Programa de Saúde Pública com foco na prevenção. A Saúde chegando antes que a doença, impedindo que ela se instale, promovendo assim ganho de qualidade de vida e economia de recursos públicos.

Geraldo Alckmin – Para unir o Brasil

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000602477/proposta_1533849607885.pdf.

- Vamos dar prioridade à primeira infância. Promoveremos a integração de programas sociais, de saúde e educação, do período pré-natal até os seis anos de idade, para que nossas crianças possam ter, de fato, igualdade de oportunidades.

- A digitalização de dados, a implantação de um cadastro único de todos os usuários do SUS e a criação de um prontuário eletrônico com o histórico médico de cada paciente, são passos fundamentais para melhorar a qualidade do atendimento na saúde e combater desperdícios.

- Vamos ampliar o Programa Saúde da Família e incorporar a ele mais especialidades.

- Criaremos um programa de credenciamento de ambulatórios e hospitais “amigos do idoso”.

- Vamos fomentar ações voltadas à prevenção da gravidez precoce, adotando estratégias educativas de sensibilização de adolescentes e apoio integral no caso de gestação.

Guilherme Boulos – Vamos sem medo de mudar o Brasil

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000601016/proposta_1533565462424.pdf.

- Política de prevenção ao suicídio jovem, estrategicamente pensada a partir das condições que levam ao sofrimento psíquico, articulando transversalmente as políticas de saúde e assistência social com as demandas da juventude.

- Articular e integrar a assistência social com as demais políticas públicas (como trabalho, saúde, educação etc.) por meio do desenvolvimento de atividades nos CRAS/CREAS e definidas pelos COMPAS, sem perder sua especificidade.

- Regulamentação das drogas. Trazer a política sobre drogas para o campo da saúde é necessário e urgente. Décadas de proibição não tiveram nenhum efeito positivo sobre a violência. Hoje temos mais drogas em circulação e mais mortes relacionadas ao comércio do que ao consumo. Morre o varejista, não quem lucra num dos maiores negócios do mundo. Quer enfraquecer o tráfico? Regulate, legalize!

- Estreita articulação entre a previdência social pública, a assistência social, a saúde e políticas de trabalho, de modo a consolidar a seguridade social pública.

Henrique Meirelles – Pacto pela confiança

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000622281/proposta_1534354939646.pdf

Temos a obrigação de levar dignidade e respeito a todos que dependem do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a saúde preventiva. O sistema de saúde brasileiro dá prioridade ao tratamento da doença, e não do paciente. Esse modelo de saúde pública representa enorme custo para o Estado. O objetivo é inverter a lógica e aumentar os investimentos em promoção da saúde e qualidade de vida. Também é preciso trazer maior eficiência aos gastos do setor. Dados do Banco Mundial mostram que o Brasil poderia aumentar os resultados de saúde em 10% com o mesmo nível de gastos. O estudo também aponta 37% de ineficiência na atenção primária e 71% nos cuidados de saúde secundários e terciários. Dados do Conselho Federal de Medicina mostram que, nos últimos 13 anos, foram autorizados R\$ 80,5 bilhões para investimentos na saúde, mas apenas R\$ 33 bilhões foram efetivamente gastos e outros R\$ 47,5 bilhões deixaram de ser investidos. Em outras palavras, de cada R\$ 10 previstos para

a melhoria da infraestrutura em saúde, R\$ 6 deixaram de ser aplicados. Isso precisa acabar.

O Governo Meirelles vai

- Ampliar a participação do Governo Federal no financiamento do setor;

- Melhorar a aplicação dos recursos, investindo em melhor organização, eficiência e boa gestão do sistema, com critérios de desempenho;

- Maior autonomia hospitalar; incentivos e planos de carreira; maior integração entre estabelecimentos públicos e privados;

- Ampliar os serviços de atenção básica e a coordenação das redes de atenção à saúde;

- Fortalecer e ampliar a cobertura do Programa Saúde da Família;

- Facilitar o acesso da população a consultas e exames por meio da informatização das unidades de saúde;

- Promover o saneamento e a recuperação financeira dos hospitais filantrópicos e das Santas Casas;

- Retomar os mutirões da saúde.

O Brasil MAIS HUMANO respeita a diversidade, a pluralidade étnica e os direitos dos cidadãos consagrados na Constituição, na legislação ordinária e na jurisprudência.

João Amoêdo – Mais oportunidades, menos privilégios

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000607640/proposta_1534522080782.pdf

Saúde acessível com um novo modelo que trate a todos com dignidade

O sistema brasileiro sofre pela combinação da tripla carga de doenças (infecto contagiosas, não transmissíveis e causas externas), com recursos limitados e uma população envelhecendo rapidamente. A qualidade do atendimento de saúde é uma queixa generalizada. Nossa expectativa de vida é de 76 anos, enquanto a do Chile é de 81. A mortalidade infantil foi de 14,3 por 1.000 nascidos vivos em 2015 e de 14,9, em 2016 (ABRINq – prévia IBGE), tendo piorado pela primeira vez em 15 anos. O SUS tem hoje uma reputação muito ruim: a maioria dos pacientes e dos profissionais não confiam no sistema. Novamente, temos um problema de gestão: gasta-se muito, mas gasta-se mal. Estudo do Banco Mundial aponta uma economia possível de 16%, com melhorias na eficiência do SUS.

Visão

Queremos colocar o Brasil entre os países mais saudáveis da América Latina, com elevada longevidade e baixa mortalidade infantil. Nos tornando um País onde todos sejam atendidos com dignidade nos serviços de saúde de sua região.

Longo prazo

- Reduzir a mortalidade infantil para menos de 10 óbitos por mil nascidos vivos;
- Aumentar para mais de 80 anos a expectativa de vida do brasileiro.

Propostas

- Aprimoramento do acesso e da gestão da saúde pública.
- Expansão e priorização dos programas de prevenção, como clínicas de família.
- Ampliação das parcerias público-privadas e com o terceiro setor para a gestão dos hospitais.

- Mais autonomia para os gestores e regras de governança para os hospitais.
- Criação de consórcios de municípios para maior escala de eficiência e gestão regionalizada de recursos e prioridades.
- Uso intenso de tecnologia para prontuário único, universal e com o histórico de paciente.
- Eliminação das filas com utilização de plataformas digitais para marcação de consultas.

João Goulart Filho – Distribuir a renda, superar a crise e desenvolver o Brasil

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000624082/proposta_1534349279487.pdf

A situação da saúde no Brasil se deteriora a cada dia. Exemplo desse drama é o retorno de doenças transmissíveis que já haviam desaparecido do território nacional e o aumento da mortalidade infantil depois de 26 anos de queda. Isso apesar da implantação, com base na Constituição de 1988, do Sistema Único de Saúde que tem o objetivo de universalizar o atendimento à saúde da população. No entanto, nenhum governo implantou o SUS Constitucional. Esse quadro dramático resulta da combinação entre o subfinanciamento da saúde, a privatização da gestão por meio das O.S. e a debilidade dos mecanismos de fiscalização por parte da população. Nosso compromisso é reformar o SUS. Para resolver o problema do financiamento, vamos revogar a Emenda Constitucional 95 (que congela por 20 anos os gastos primários do governo) e eliminar a DRU sobre o orçamento da Seguridade Social (que transfere 30% dos seus recursos

para o pagamento de juros). Nossa meta é elevar até o final do mandato o orçamento da saúde para 15% da receita corrente bruta da União. Para atingirmos nossa meta, vamos alterar a lei que estabelece 15% da receita corrente líquida para a saúde. Isso redundaria na duplicação do orçamento da saúde, passando de R\$ 107 bilhões executados em 2017 para R\$ 211 bilhões em valores atuais. Vamos também alterar de 12% para 15% da arrecadação de impostos a obrigação dos estados (nos municípios, a taxa já é essa). Mas não basta resolver a questão do financiamento. Temos que resolver o problema da gestão. Para isso, vamos retomar a gestão pública da saúde pública, acabando com o sistema de gestão privada por meio das O.S., e ao mesmo tempo democratizar e fortalecer (dando-lhes poder de decisão) os conselhos da saúde, desde o nacional até os de base. Para garantir o atendimento de qualidade à população, vamos reestruturar a atenção primária à saúde, transformando as unidades básicas de saúde e o médico de família no centro de gravidade de todo o sistema de saúde. No processo de reindustrialização do país, vamos garantir o caráter nacional do complexo industrial da saúde, que hoje, além de ser controlado por empresas transnacionais e importar a maior parte dos equipamentos e insumos, ainda desvia para o exterior recursos para o pagamento de royalties.

Marina Silva – Unidos para transformar o Brasil

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000622171/proposta_1535040841979.pdf.

A saúde é uma grande preocupação dos brasileiros. A falta de médicos, a longa espera para marcar consultas e exames e a falta de leitos, são alguns dos graves problemas a serem enfrentados. O Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior programa de assistência gratuita

e universal do mundo. Uma política muito bem desenhada, mas sobrecarregada pelas características de um país de dimensões continentais e desigual. Os altos índices de doenças infecciosas e de mortes por causas violentas, somam-se atualmente ao avanço das doenças crônicas decorrentes do envelhecimento da população. A partir de 2003 a participação relativa da União no financiamento do SUS vem decrescendo de forma constante, caindo, nesse período, de 60% para 45% dos gastos totais do Sistema. Esse fato gerou enorme impacto sobre os orçamentos municipais. Será necessário reverter essa tendência. Nestes 30 anos o SUS proporcionou avanços consideráveis de qualidade de vida no Brasil. Nos últimos 10 anos, porém, constata-se uma evidente estagnação e retrocesso. A incapacidade de diminuir a mortalidade materna, a sensível diminuição do ritmo de queda da mortalidade infantil, com a piora deste indicador em 2016, são sintomas graves desta incompetência de avançar na melhoria de atenção a saúde na última década. Para mudar essa realidade e recuperar a capacidade de atuação do SUS, será preciso ousar com uma forma mais racional e eficiente para combinar promoção da saúde, atenção básica, urgências, atendimentos especializados e reabilitação. Será necessário combinar descentralização com regionalização e escala para ter serviços realmente viáveis econômica e tecnicamente. Nossa proposta é revolucionar a atual forma de gestão fragmentada e pulverizada substituindo-a por uma gestão integrada, participativa e verdadeiramente nacional. Para tanto, dividiremos o país em cerca de 400 regiões de saúde. A gestão será compartilhada entre a União, Estados e Municípios e envolverá as entidades filantrópicas e serviços privados. Representantes eleitos pela população dos municípios da região terão mandatos para participar da gestão. Somente a reformulação na gestão permitirá um SUS universalista no direito, mas aberto a uma prestação de serviços que combine órgãos públicos, privados e filantrópicos, orientado por metas e aprimorado

por meio da constante avaliação de desempenho e qualidade. Todos cooperando – União, Estados, Municípios, entidades filantrópicas e serviços privados – e comprometidos com o que interessa de verdade: garantir o direito à saúde de qualidade para todos. Realizaremos o adequado mapeamento das necessidades e vazios assistenciais, promovendo um planejamento regionalizado da distribuição de serviços, leitos hospitalares e ambulatoriais. Ampliaremos a cobertura da Atenção Básica, articulando esforços para melhorar o encaminhamento às especialidades, urgências e procedimentos de alta complexidade. Vamos fortalecer e aprimorar a atuação territorial da Estratégia de Saúde da Família, visando estimular seu potencial humanizador do cuidado no atendimento, valorizando cada vez mais a prevenção, pautada por um programa abrangente de educação e promoção da saúde. Essas iniciativas contribuirão para a redução da procura por serviços de assistência à saúde e para a efetiva melhoria na qualidade de vida dos brasileiros. Atuaremos para garantir que as redes de saúde atuem com eficiência nas situações de emergência, através da oferta de equipamentos adequados, profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e de tratamento, que sejam complementares à atenção básica, garantindo a sua resolutividade e qualidade. A garantia ao acesso a medicamentos essenciais, a promoção de seu uso racional e responsável e a ampliação do uso de medicamentos genéricos são outros importantes desafios a serem enfrentados. Investiremos na reformulação da gestão e publicização de dados do SUS, tornando a plataforma mais amigável para o cidadão e com informações relevantes para avaliações externas sobre seu funcionamento, a exemplo do tempo de espera para atendimento. Para isso, utilizaremos novas tecnologias para modernização dos serviços, como o agendamento de consultas por meio eletrônico e a criação de uma base única de dados do paciente, com objetivo de estabelecer um prontuário eletrônico que permita o acompanhamento integrado

por diferentes profissionais da saúde. O uso de novas tecnologias também deve servir para garantir maior resolutividade da rede ambulatorial e hospitalar, no apoio a diagnósticos e tratamentos. Outro fator importante e urgente que terá tratamento prioritário nas políticas do SUS é a saúde mental. Promoveremos uma melhor integração da saúde mental com a atenção básica, evitando duplicidade de sistemas e colaborando com a formação de mais profissionais. Hoje o Brasil é o líder mundial no ranking em transtornos de ansiedade e o quinto em depressão. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, 9,3% dos brasileiros têm algum transtorno de ansiedade e a depressão afeta 5,8% da população. Vamos, ainda, desenvolver campanhas para combater o estigma que as pessoas com transtornos mentais sofrem e que, muitas vezes, as impedem de buscar ajuda. Além de recursos e gestão eficiente, a qualidade da atenção integral à saúde depende de profissionais bem formados, distribuídos estrategicamente de acordo com as necessidades do país e com oportunidades para exercerem suas funções com dignidade e cuidado. A saúde pública é política altamente intensiva em mão de obra, e todos profissionais dessa área constituem elemento central para uma boa gestão do modelo assistencial do SUS. Fortaleceremos iniciativas que ampliem a oferta de médicos aos municípios, estimulando a fixação de profissionais em localidades mais remotas. Criaremos as condições para garantir e ampliar a oferta de tratamentos e serviços de saúde integral adequados às necessidades da população LGBTI. Promoveremos as ações de saúde integral das mulheres e de seus direitos reprodutivos e sexuais envolvendo ações preventivas e efetividade dos Programa de Planejamento Reprodutivo e Planejamento Familiar, além da oferta de contraceptivos pelas farmácias populares e estímulo ao parto humanizado. A prevenção e atendimento à gravidez na adolescência, que representou 17,5% das crianças nascidas em 2016, contará com uma política integrada das áreas de educação

e saúde. Ações intersetoriais são indispensáveis para a promoção do direito à saúde e a diminuição da sobrecarga do sistema. Neste sentido fortaleceremos políticas voltadas à qualidade de vida para os idosos, prevenção de acidentes de trânsito e redução da violência, controle e diminuição dos níveis de poluição do ar, alimentação saudável, redução do uso de agrotóxicos e apoio à agroecologia.

Há ainda problemas cuja superação é fundamental para chegarmos a padrões minimamente aceitáveis de saúde no Brasil. A inclusão social para a superação da pobreza, padrões de habitação adequados e saneamento básico, são políticas que não podem mais ser adiadas. Finalmente, é importante destacar a importância da alimentação como um dos pontos centrais da vida de qualquer cidadão. Ela está diretamente conectada ao desenvolvimento infantil e rendimento escolar e é a base para uma vida com mais saúde. Promover a alimentação saudável, com a inserção dos profissionais de nutrição nas equipes de apoio da Estratégia Saúde da Família é uma ação fundamental e de impacto positivo enorme. Além disso, políticas públicas integradas devem ser estruturadas ou fortalecidas contra ameaças à saúde advindas de situações inaceitáveis de miséria e de pobreza,

que são as principais causas da insegurança alimentar no Brasil. Estimularemos a adoção de uma alimentação saudável e pacífica, incluindo a alimentação vegetariana.

Vera – 16 pontos de um programa socialista para o Brasil contra a crise capitalista

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000601173/proposta_1533576953009.pdf.

Educação e saúde, da mesma forma, não podem ser mercadorias. São direitos básicos que todos devem ter acesso. Para isso, é preciso estatizar as escolas e universidades privadas, assim como os hospitais privados, garantindo educação em todos os níveis, e assistência e tratamento médico integral para os trabalhadores e a população pobre. É preciso investir de forma maciça em saúde e educação, revertendo o que hoje vai para o pagamento da dívida aos banqueiros para essas áreas sociais. ■

Propostas para a área da saúde dos candidatos eleitos aos Governos Estaduais 2018*

Acre

Gladson Cameli (PP)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/AC/2022802018/10000603056//proposta_1533834758232.pdf

Uma das funções sociais do Estado na sociedade é de prestar serviços para a sociedade. No Acre os serviços oferecidos na saúde pública têm sido pouco eficientes e mal administrados. Velhas endemias continuam aumentando e agravos de grande magnitude continuam piorando a vida de muitas pessoas. Tuberculose, hanseníase, leishmaniose, malária e outros. Estes e outros agravos demandam programas de saúde pública bem organizados com a união de esforços dos entes federados. Organizar programas e projetos será a maneira de agilizar os serviços prestados à população. As relações da Secretaria Estadual de Saúde com os municípios serão organizadas para mais agilidade nos serviços, unificando equipes e esforços que alcancem melhores resultados. Serão organizados trabalhos em equipe para otimizar equipamentos, veículos integrar atividades com as Secretarias municipais. As atuais regionais de saúde devem ser revistas no sentido de maiores eficiências de programas, projetos e ações de saúde pública. No lugar de dispersar repartições sobrepostas será organizado um setor de relações com os entes municipais para organizar programas e projetos integrados. A Secretaria irá cumprir sua função de coordenar a política de saúde ampliando a interlocução com o ente federal e estabelecer cooperação com todos os municípios, indistintamente de partidos no governo dos mesmos. No exercício da coordenação da política se inclui a promoção da saúde e prevenção de enfermidade na atenção básica realizada pelos municípios. Para isso serão criados ou aplicados programas e projetos em cooperação com os municípios com a finalidade de gerar reduções nos agravos e melhorias na saúde da população.

Entre as primeiras prioridades devem estar as doenças endêmicas, embora antigas ainda são graves problemas de saúde pública. Tuberculose, hanseníase, leishmaniose, malária, as arboviroses são problemas que demandam ações coordenadas com programas de saúde pública administrados para a eficiência nos resultados. O diálogo entre os entes federados deve orientar esses programas para a atenção básica a cargo dos municípios encontrarem respaldo, apoio e cooperação com a instância estadual. Com muitos anos de desorganização nos programas de saúde pública, 79 principalmente com a falência da educação em saúde na prevenção, é urgente uma retificação organizacional no SUS. Cabe à Secretaria Estadual coordenar junto com os municípios as ações de controle de vetores, tanto da malária com das viroses a instância estadual deverá exercer uma coordenação para maiores efetividades nos resultados. Nesse sentido a função de coordenação da política de saúde da Secretaria

* As propostas dos candidatos foram publicadas em:

Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Divulgação de candidaturas e contas eleitorais [internet]. Brasília, DF: TSE; 2018 [acesso em 2019 jun 10]. Disponível em: <http://divulgacandcontas.tse.jus.br/divulga/#/>.

Estadual irá iniciar com a renovação da atenção básica em todos os municípios com melhorias com programas organizados para enfrentar problemas como as infecções sexualmente transmissíveis para efetiva prevenção com melhores serviços de educação em saúde. Ao mesmo tempo os serviços oferecidos pela instância estadual serão integrados para facilitar os tratamentos encaminhados a partir dos municípios. Os programas de saúde pública serão direcionados para atendimentos focando as pessoas. Assim programas como “Saúde da Mulher” devem ficar atentos aos vários problemas que um atendimento pode identificar. Na mesma função de coordenação da política da instância estadual se situam as “Práticas Integrativas de Saúde” e a “Política Nacional de Plantas Medicinais”. Tais programas devem ser trabalhados e gerenciados no âmbito da saúde pública com cooperação municipal e em sintonia com as organizações de saúde comunitária.

Na correção e renovação administrativa se inclui as organizações hospitalares e os serviços sob a responsabilidade da instância estadual. Os entraves burocráticos, inutilidades de cargos, redundância de repartições devem ser eliminados. Os hospitais devem ter transparência nas suas prioridades de atendimento. A renovação nos serviços de saúde a partir de 2019 irá organizar a regulação do fluxo dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares. Deverão ser definidas as prioridades nos atendimentos e transparência nas filas de encaminhamentos e agendamentos. Simultaneamente todas as unidades hospitalares deverão ser organizadas para uma nova fase nos serviços. O pessoal da administração deverá passar formação e capacitações, considerando o cenário de escassez de recursos financeiros em que deve haver mais eficiência nos serviços. Em meados de 2018 a Secretaria Estadual de Saúde do Acre tinha sob sua responsabilidade e custeio 28 hospitais, sendo apenas um com administração não governamental. Esses hospitais são distribuídos nos municípios do Estado com limitações em reunir recursos e pessoas habilitadas em 80 um contexto de pobreza extrema. No total são 1424 leitos, porém verificando a caracterização

dos mesmos há 801 denominados “leitos clínicos”. No funcionamento dos hospitais um “leito clínico” não demanda grandes investimentos e nem sofisticação de conhecimentos. Portanto, a maioria dos serviços prestados nos hospitais da Secretaria de Saúde do Acre necessita de inovação constante nas práticas hospitalares. Todo o setor hospitalar deverá passar por renovação, remodelação e administração com foco em resultados para maior eficiência no sistema de saúde.

A saúde do povo acriano é muito importante para ser negligenciada pelos governantes como tem sido nos últimos anos. Enquanto os acrianos necessitam de hospitais e leitos, no Estado são várias as obras hospitalares que tem sua entrega atrasada por falta de controle do poder público. Como título de exemplo de obra do sistema de saúde pública enumeremos o caso emblemático do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB. Além, de outras obras no interior do Estado. O objetivo desse programa é tratar a saúde como prioridade, criar o ambiente adequado para conclusão das obras atrasadas, com a ajuda de parceiros como Ministério público estadual e federal, Ministério da Educação e Governo Federal.

Em busca da saúde adequada para o nosso povo, o governo do Estado deve apoiar os municípios para que estes possam ofertar os serviços de saúde adequados a sociedade. O apoio aos municípios visa evitar que os problemas de baixa complexidade evoluam e pressionem o sistema estadual de saúde. A prevenção ainda é a melhor opção, nesse sentido, temos que criar os meios necessários para que os 22 municípios ofertem a saúde preventiva através dos postos de saúde e demais unidades de saúde. O objetivo desse programa é tratar a saúde como um problema de todos e compartilhar a infraestrutura pública municipal e estadual em prol da precaução, redução dos impactos na saúde estadual.

É de conhecimento de todos a necessidade de ampliar a capacidade de oferta de exames. A demora entre a consulta e o exame compromete não apenas a vida do paciente, mas também, mostra a baixa qualidade dos serviços de saúde prestados pelo Estado. O objetivo desse

programa é combater essa ineficiência através de parcerias públicas privadas com laboratórios privados e assim ampliar a quantidade de exames, agilizar os resultados.

É fundamental fazer todo o esforço para manter funcionando o Hospital do Câncer do Acre. O Estado precisa ser capaz de garantir ao seu povo o acesso aos exames e medicamentos necessários para combater essa doença tão grave. O Instituto Nacional do Câncer estima que apenas no ano de 2018, aproximadamente 1000 novos casos de câncer serão diagnosticados no Acre. A demanda por serviços de alta complexidade cresce a cada ano. O que implica ações efetiva com apoio do Governo Federal para garantir o funcionamento do Hospital do Câncer. O objetivo desse projeto é garantir a funcionalidade do Hospital do Câncer do Acre 24 horas por dia, sete dias por semana e 365 dias por ano!

O paciente enfrenta além das consequências de sua enfermidade uma verdadeira maratona nas filas intermináveis e burocráticas no atendimento da saúde. Muitos processos de racionalização são utilizados para controlar o acesso a saúde pública, mas poucos são os que estão voltados a redução das filas, do tempo de espera e na busca da agilidade de atendimento. Imaginemos que precisamos de uma consulta pública na Fundação Hospitalar do Acre. Para obtermos a consulta é necessário seguir uma certa dinâmica que perpassa por entrar em filas e mais filas até ser atendido no médico especializado. O processo atual de atendimento nos hospitais públicos do Acre leva a perda de tempo, tão necessário para o rápido diagnóstico que garanta a melhora do paciente. O objetivo desse programa é fazer investimento em sistemas inteligentes que gerenciem de forma integrada as filas e consultas com rapidez e eficiência, reduzindo assim o tempo de espera nas filas e corredores dos hospitais acriano.

A estrutura administrativa deve estar orientada a função que se propõe que é o atendimento as necessidades de saúde da comunidade acriana. Esse é o objetivo primordial que o gestor público da saúde deve perseguir com afinco. A qualidade da gestão administrativa vai garantir que as metas para a saúde sejam alcançadas com êxito. Para

isso é preciso que o quadro de pessoal da secretários, dos hospitais e setores da saúde tenham a clara convicção do papel que eles desempenham para a qualidade de atendimento dos serviços públicos de saúde. A qualificação profissional e o treinamento constante é fundamental para a contínua qualidade dos serviços, para isso é necessários também a descentralização financeira para que as unidades de saúde possam ter agilidade no atendimento das suas demandas pontuais e rotineiras.

Alagoas

Renan Filho (MDB)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/AL/2022802018/20000621744//proposta_1534371663757.pdf.

- Fortalecer e ampliar a prestação de serviços de saúde na Atenção Básica, em Maceió e no interior do Estado, com a construção de novas unidades de atendimento e apoio em reformas e aquisição de equipamentos;
- Reestruturar o sistema de regulação do Estado para otimizar a utilização dos leitos, as transferências entre unidades hospitalares, cirurgias e consultas especializadas, garantindo o acesso da população aos serviços de saúde;
- Implantar um sistema informatizado e integrado de gestão da saúde no Estado, para elevar a eficiência no acompanhamento das redes assistenciais de saúde;
- Reestruturar o Centro de Compra e Distribuição de Medicamentos de Alto Custo;
- Ampliar a Rede de Urgência e Emergência – RUE com a construção de novas UPAs tipo III em Maceió e Arapiraca, até cobrir 100% da demanda da população desses municípios;

- Construir UPAs Especialidades na cidade de Maceió e no interior, para facilitar o acesso da população usuária do SUS às diversas especialidades em saúde;

- Entregar o Hospital Metropolitano, com 180 leitos, para atender às necessidades de urgência e emergência do Estado e desafogar o HGE, além de oferecer serviços especializados em cardiologia;

- Aprimorar a Rede Materno-Infantil e de Cuidados com a Saúde da Mulher, ampliando a oferta de leitos pediátricos, UTI neonatal e UCI neonatal;

- Entregar o Hospital da Mulher, com 127 leitos, com oferta de serviços à saúde da mulher e da criança;

- Reestruturar a Rede de Oncologia, ampliando a oferta de consultas, exames e procedimentos na área oncológica;

- Implantar o Serviço de Urgência e Emergência Psiquiátrica em Maceió e Arapiraca;

- Implantar unidade de diagnóstico e tratamento da pessoa com Transtorno Espectro do Autismo (TEA);

- Entregar três hospitais gerais: Hospital Regional do Norte, em Porto Calvo; Hospital Regional da Mata, em União dos Palmares, e o Hospital Regional do Sertão, em Delmiro Gouveia, cada um com 127 leitos, para atender à demanda de saúde das respectivas regiões;

- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde Bucal;

- Implantar Programa Itinerante de Saúde para moradores de rua;

- Ampliar as ações de saúde nas grotas.

Amapá

Waldez (PDT)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/AP/2022802018/30000613618//proposta_1534281820584.pdf.

- Ampliar e fortalecer as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Amapá; Fortalecer as ações de Vigilância Sanitária nas unidades de saúde do Estado, públicas e privadas;

- Criar programa de apoio, prevenção, diagnóstico e tratamento à pessoa com Câncer em parceria com o Hospital de Barretos e outros órgãos;

- Descentralizar e ampliar o Centro de Ambulatório de Especialidades, inclusive com agendamento de consultas on-line;

- Criar programa de saúde itinerante multidisciplinar e de especialidades, para apoiar os municípios nas Lacunas existentes, com a presença de médicos especialistas e outros profissionais, garantindo também uma política de práticas integrativas e complementares;

- Fortalecer as pactuações interestaduais para ampliar o acesso a procedimentos de saúde;

- Implantar central de diagnóstico e de laudos;

- Ampliar serviços odontológicos para urgências e emergências.

Amazonas

Wilson Lima (PSC)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/AM/2022802018/40000610391//proposta_1534168571725.pdf.

- Revisar todos os contratos na Susam e Fundações, especialmente aqueles relacionados à terceirização de mão-de-obra e serviços, a fim de identificar excessos e otimizar os recursos;
- Promover amplo diagnóstico do sistema de saúde estadual, assegurando a ampla participação de servidores da área, dos usuários e de especialistas, a fim de melhorar e humanizar substancialmente os serviços de saúde;
- Manter equipe de plantão para emergência e urgência em Cidades-Polos nas calhas de rios;
- Reativar a telemedicina;
- Priorizar a nomeação dos concursados da capital e do interior, a fim de suprir as demandas relacionadas aos serviços públicos de saúde;
- Identificar e realizar serviços urgentes de manutenção nas Unidades de Saúde e aquisição de equipamentos essenciais à continuidade dos serviços;
- Aperfeiçoar o sistema de atendimento de emergência com a busca de recursos externos que facilitem a contratação de UTI aérea, terrestre, fluvial e outros instrumentos, utilizando metodologias mais eficientes de deslocamento de pacientes do interior para capital;
- Implementar e/ou ampliar os programas destinados à Saúde da Mulher no Estado, focando a prevenção da gravidez na adolescência, a orientação acerca da violência obstétrica e doméstica e o acompanhamento adequado das vítimas de estupro e abusos sexuais; Fortalecer os programas de saúde voltados para crianças, idosos, pessoas com deficiência e outros segmentos mais vulneráveis;
- Implementar um sistema de informação integrada entre Unidades de Saúde do Estado, da capital e do interior, que garanta a efetivação do prontuário eletrônico e protocolos administrativos de assistência à saúde;
- Fortalecer os serviços de Saúde Mental com a ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e residências terapêuticas;
- Contratar profissionais qualificados;
- Criar centro de convivência em saúde mental e promoção da inclusão social dos usuários, em conjunto com os órgãos da área social;
- Ampliar o programa de medicamentos de alto custo, em parceria com o Governo Federal;
- Promover a humanização do Sistema Estadual de Saúde com a qualificação dos seus servidores e equipe multidisciplinar, em parceria permanente com as entidades representativas dos usuários, nas diversas áreas como: DST/AIDS, Tuberculose, Saúde Mental, Endemias, Doenças Renais Crônicas e Câncer, dentre outras;
- Realizar mutirões de atendimento, consultas, exames e cirurgias de média e alta complexidades, na capital e no interior;
- Realizar ações complementares de apoio à saúde indígena;
- Ampliar o programa de transplantes, com aumento da estrutura de captação e de realização de cirurgias, com ênfase para as áreas renal e hepática.

Bahia

Rui Costa (PT)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BA/2022802018/50000607711//proposta_1534958066808.pdf.

- Construir o Centro Estadual de Referência para Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias;

- Construir o Centro Estadual de Referência em Hipertensão Arterial e Aterosclerose;
- Implantar a Política Estadual de Atenção Integral ao Portador de Pé Diabético e de Portadores de Feridas Complexas;
- Implantar salas de atendimento ao portador de pé diabético nas cidades com mais de 30 mil habitantes;
- Implantar Unidade de Alta Complexidade Cardiovascular, com hemodinâmica, cirurgia cardíaca e neurointervenção no Hospital do Oeste (Barreiras);
- Implantar Unidade de Alta Complexidade Cardiovascular, com hemodinâmica, cirurgia cardíaca e neurointervenção no Hospital Regional Mário Dourado Sobrinho (Irecê);
- Implantar Unidade de Alta Complexidade Cardiovascular, com hemodinâmica, cirurgia cardíaca e neurointervenção no Hospital Regional da Costa do Descobrimento (Porto Seguro);
- Implantar unidade de alta complexidade em oncologia (UNACON), em Irecê;
- Implantar unidade de alta complexidade em oncologia (UNACON), em Barreiras;
- Implantar unidade de alta complexidade em oncologia (UNACON), em Porto Seguro;
- Implantar unidade de alta complexidade em oncologia (UNACON), em Caetité;
- Implantar unidade de alta complexidade em oncologia (UNACON) no Hospital da Mulher, em Salvador;
- Implantar novos serviços de radioterapia no Hospital Regional de Juazeiro;
- Implantar novos serviços de radioterapia no CICAN (Salvador);
- Implantar novos serviços de radioterapia no HGVC (Vitória da Conquista);
- Implantar a Política Estadual para desospitalização de Portadores de Distúrbios Psicosociais, com abertura de 15 Residências Terapêuticas;
- Construir CAPS III, para estabelecer uma rede de apoio em tempo integral às pessoas com sofrimento psíquico;
- Qualificar Hospitais Gerais e UPAs para o atendimento e garantia de assistencial em leito de saúde mental;
- Reforma e/ou requalificação do Hospital Geral de Camaçari;
- Reforma e/ou requalificação do Hospital Regional Dantas Bião;
- Reforma e/ou requalificação do Hospital Regional de Ribeira do Pombal;
- Reforma e/ou requalificação do Hospital Geral de Itaparica;
- Reforma e/ou requalificação do Hospital Geral Ernesto Simões;
- Reforma e/ou requalificação do Hospital do Oeste;
- Reforma e/ou requalificação do Hospital de Irecê;
- Reformar o Hospital Octávio Mangabeira;
- Reformar e/ou ampliar o Hospital de Senhor do Bonfim;
- Reformar e/ou ampliar o Hospital de Pojuca;
- Reformar e/ou ampliar o Hospital Regional de Santa Maria da Vitória;

- Reformar e/ou ampliar a maternidade Albert Sabin, em Salvador;
- Reformar e/ou ampliar a maternidade Tsyla Balbino, em Salvador;
- Reformar e/ou ampliar a maternidade IPERBA, em Salvador;
- Requalificar os hospitais regionais, garantindo maior resolutividade, investindo em novos equipamentos, ampliando especialidades, reformando, modernizando e vocacionando, onde for necessário;
- Ampliar leitos de terapia intensiva e semi-intensiva adulto e neonatal em unidades sob gestão estadual e/ou municipal: Ribeira do Pombal (adulto e neo), Alagoinhas (adulto), Porto Seguro (adulto), Paulo Afonso (BTN, adulto), Bom Jesus da Lapa (adulto e neo), Caetitê (adulto), Senhor do Bonfim (adulto e neo), Itaberaba (Adulto e neo), Ruy Barbosa (adulto), Vitória da Conquista (pediátrica), Santa Maria da Vitória (adulto e neo);
- Investir na construção de novas unidades hospitalares:
 - Hospital Metropolitano, em Lauro de Freitas;
 - Novo Clériston Andrade (Feira de Santana);
 - Hospital Regional da Costa das Baleias (Teixeira de Freitas);
 - Novo Hospital Regional de Itaberaba (utilizando o antigo Regional);
 - Hospital do Câncer de Caetitê;
 - Hospital de Recuperação e Cuidados Progressivos, em Itapagipe – Salvador;
 - Centro de Traumatologia de Vitória da Conquista (antigo Afrânio Peixoto);
- UPA porte II, em Ilhéus.
- Investir na construção de novas maternidades:
 - Construção de nova maternidade em Camaçari;
 - Construção de um Hospital da Criança e Maternidade em Ilhéus (antigo prédio do Luis Viana);
 - Construção de maternidade em Seabra (antigo prédio Frei Justo);
 - Construção de maternidade em Lauro de Freitas (antigo prédio do Menandro de Fraias);
 - Construção de nova Maternidade João Batista Caribé, no Subúrbio de Salvador.
- Implantar Serviços de Verificação de Óbitos (SVO) para atestar a causa de óbitos em pessoas que faleceram no domicílio ou em unidades hospitalares, sem causa conhecida, em cidades do interior do Estado, garantindo a instalação em Salvador, Feira de Santana, Barreiras, Itabuna, Vitória da Conquista e Porto Seguro;
- Implantar policlínica na Região de Juazeiro;
- Implantar policlínica na Região de Paulo Afonso;
- Implantar policlínica na Região de Senhor do Bonfim;
- Implantar policlínica na Região de Jacobina;
- Implantar policlínica na Região de Barreiras;
- Implantar policlínica na Região de Vitória da Conquista;
- Implantar policlínica na Região de Itabuna;

- Implantar policlínica na Região de Salvador, em Escada;
- Implantar policlínica na região de Salvador, em Tancredo Neves/Beirú/Narandiba;
- Implantar policlínica na Região de Ribeira do Pombal;
- Implantar policlínica na Região de Simões Filho;
- Implantar policlínica na Região de São Francisco do Conde;
- Implantar policlínica na Região de Brumado;
- Implantar policlínica na Região da Costa do Descobrimento;
- Implantar policlínica na Região da Chapada;
- Implantar policlínica na Região Sisaleira;
- Investir na qualificação e resolutividade da Atenção Básica;
- Ampliar número de Unidades Básicas de Saúde, priorizando os municípios com cobertura da Atenção Básica abaixo de 70%;
- Equipar os consultórios das Equipes de Saúde Bucal, ligados às Equipes de Saúde da Família, buscando ampliar sua cobertura assistencial e resolutividade;
- Apoiar a informatização das Unidades Básicas de Saúde e implantar Prontuário Eletrônico 30 Integrado à Rede Estadual, com conexão de Banda Larga;
- Ampliar o Telessaúde, implantando o Serviço de Teleconsultoria Especializada, reduzindo encaminhamentos inadequados e ampliando a resolutividade na Atenção Básica;
- Viabilizar a Atenção Integral em tempo oportuno com qualidade;
- Ampliação dos Mutirões de Cirurgias, potencializando os Hospitais Municipais em procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade;
- Agregar tecnologia para priorização e ordenação das solicitações a partir da Unidade Básica mais próxima da casa do cidadão, mediante Telerregulação;
- Criação do Centro Estadual de Comando e Controle da Saúde, que abrigará a Central Estadual de Regulação, Central Estadual de Transplantes e a Central de Monitoramento da Rede. Investir na Tecnologia da Saúde como meio para viabilizar registros qualificados e ampliar a resolutividade assistencial;
- Conectar digitalmente as regiões de saúde;
- Implantar prontuário eletrônico nas unidades de saúde sob gestão estadual;
- Integrar os hospitais municipais à rede hospitalar estadual, propiciando um retorno, para mais próximo da sua casa, dos usuários que realizaram algum procedimento em Hospital de Alta Complexidade;
- Investir nos trabalhadores da Saúde para a garantia da qualidade, resolutividade e humanização;
- Integrar hospitais estaduais com as universidades públicas e seus respectivos cursos de saúde;
- Regular os campos de estágio de instituições formadoras da área de saúde privadas;
- Ampliar bolsas de residência médica em especialidades estratégicas;
- Realizar cursos técnicos e de pós-graduação nas áreas estratégicas e de necessidade da saúde;

- Estabelecer uma nova modalidade de Gestão que possa incluir trabalhadores e incentivá-los a partir da avaliação de desempenho;
- Ampliar o processo de industrialização farmacêutica da Bahia;
- Implantar a Indústria Baiana de Insulina, em Dias D'Ávila;
- Implantar unidade fabril da Bahiafarma na cidade de Vitória da Conquista;
- Expandir as linhas de produção da Bahiafarma, em Simões Filho;
- Vigilância à Saúde como fomento para a prevenção das doenças;
- Realizar melhorias de infraestrutura do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), para detectar e organizar a resposta a eventos com potencial de constituir uma emergência em saúde pública;
- Realizar de melhorias na infraestrutura da Central Estadual de Distribuição de Imunobiológicos e da rede de frio das regionais, para a garantia da qualidade dos insumos e efetividade das ações de imunização;
- Adquirir tecnologias de informação para Vigilância Sanitária do Estado, para gerenciamento das informações em saúde pública;
- Ampliar a estrutura tecnológica do LACEN-BA, para a expansão de novos exames e técnicas analíticas para atender o escopo das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador;
- Fortalecer planos pactuados com a macrogestão para reduzir doenças e agravos de interesse do estado, implantação as Salas de Coordenação e Controle do aedes aegypti nos municípios e regionais.

Ceará

Camilo (PT)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/CE/2022802018/60000610979//proposta_1534182309145.pdf.

- Modernização da infraestrutura da saúde, com o aumento da capacidade de atendimento de forma eficiente, resolutiva e humanizada em as regiões do Estado;
- Implementação de práticas modernas de gestão de suprimentos da saúde, priorizando a utilização dos recursos para atender as urgências da população, com ênfase no bom acolhimento dos usuários da rede pública;
- Proposição de mecanismos de sustentabilidade na gestão das unidades de saúde, melhorando a eficiência dos recursos aplicados, promovendo assim uma melhor estruturação e reformulação de parcerias do Sistema de Saúde com municípios e instituições da sociedade civil;
- Promoção da qualificação e valorização profissional dos profissionais de saúde e gestores públicos, de forma a contribuir para melhorar serviços prestados à população cearense;
- Avanço na ampliação da cobertura de água e esgotamento sanitário, melhorando a qualidade de vida dos cearenses;
- Implementação de um programa estadual de coleta seletiva para o tratamento e reaproveitamento de resíduos sólidos, com uso de tecnologias para a geração de bioenergia;
- Ampliação da capacidade de atendimento e proteção animal na Capital e no interior;
- Incentivo e acesso a programas culturais e esportivos como forma de integração dos jovens e de toda a sociedade;

- Promoção do esporte para qualidade de vida dos cearenses, com programas integrados de saúde, segurança pública, meio ambiente e educação, por meio de parcerias com setor privado e sociedade civil;
- Implantação, em parceria com a Prefeitura de Fortaleza, do Distrito Criativo da Saúde Viva@Porangabussu;
- Fortalecimento do Polo de Saúde do Eusébio em parceria com a FIOCRUZ.

Distrito Federal

Ibaneis (MDB)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/DF/2022802018/70000614515//proposta_1534363615503.pdf

Gestão Integrada e Moderna na Saúde Adotar uma gestão inteligente, colegiada e compartilhada, através da implantação do Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde, com base nas tecnologias da informação, para coordenar ações importantes e determinantes em saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões estratégicas; facilitar o acesso do usuário à atenção primária de saúde (porta de entrada), eliminando filas de atendimento através do agendamento de consultas via telefone, internet ou aplicativos disponibilizados para celular; vincular o indivíduo à unidade de saúde de seu domicílio, por meio de cadastro dos habitantes da área e criação de cartões de saúde diferenciados, determinando a qual unidade o cidadão pertence, garantindo efetividade na rede de desde a atenção primária até serviços de alta complexidade, evitando que o paciente tenha fluxo de atendimento perdido e que a rede hospitalar seja sobrecarregada com fluxos descontrolados de pacientes; introduzir metodologias e soluções tecnológicas que apoiem o controle e a cobertura vacinal,

aptos a suportar as campanhas de vacinação em épocas de crises epidêmicas e vacinações tradicionais; planejar a despesas pública na área da saúde para aumentar a qualidade do gasto público e o retorno desses serviços à sociedade, reduzindo ao máximo as compras emergenciais e alimentando os portais de transparência com informações compreensíveis por toda a população do DF; implementar o controle eletrônico dos estoques e sua distribuição, evitando desperdícios; criar canal de comunicação direto com as entidades representativas dos profissionais e empresas da saúde; adotar uma gestão inteligente, colegiada e compartilhada, através da implantação do Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde - SUS, com base nas tecnologias da informação, para coordenar ações importantes e determinantes em saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões estratégicas; integrar informações via sistema moderno, com o aperfeiçoamento dos já existentes, permitindo o agendamento de consultas e exames na Unidade Básica de Saúde (UBS), de modo que as informações sobre as condições de saúde sejam compartilhadas entre os profissionais, garantindo atendimento de qualidade, de forma ágil; aprimorar o sistema de informatização da Rede de Saúde do DF, integrando o faturamento da SES-DF com o proveniente do MS, que resultará em maior transparência sobre os gastos públicos na área de saúde no DF; aumentar a produtividade das equipes de profissionais de saúde a partir da organização dos processos informatizados, trazendo tecnologia para as equipes que atuam em campo, gerando assim informações confiáveis de forma ágil para apoio ao processo de tomada de decisão; introduzir metodologias e soluções tecnológicas que apoiem o controle e a cobertura vacinal, que suportem as campanhas de vacinação em épocas de crises epidêmicas e vacinações tradicionais; reduzir custos com o controle e monitoramento dos processos de forma integrada que regulem as ofertas de consultas, internamentos e atendimentos de urgência e emergências; descentralizar a gestão e recursos financeiros a cada regional de saúde;

implementar o controle eletrônico dos estoques e sua distribuição, evitando desperdícios.

BRASÍLIA CAPITAL DA SAÚDE

Pela sua importância como capital do País e, especialmente, pela sua localização geográfica estratégica, Brasília há muito tem sido destino de brasileiros do Norte, Nordeste e Centro-oeste que buscam aqui melhores condições para o tratamento de saúde. Isso provoca uma sobrecarga tanto na rede de saúde pública quanto privadas, que não está capacitada para atender essa demanda enorme e crescente, considerando tanto a estrutura física, quanto os recursos tecnológicos disponíveis. Dessa forma, pretende-se não somente pensar em melhorias na rede pública, mas também criar mecanismos para motivar grandes empresas e redes hospitalares a se instalarem no Distrito Federal, considerando algumas vantagens competitivas, tais como: malha aérea e rodoviária, setor de hotelaria estruturados, localização geográfica no centro da América Latina. Criar programas específicos de desenvolvimento econômico que incentivem a atração de investimentos nacionais e internacionais, na área de saúde, capazes de atender a demanda reprimida e futura da população do Distrito Federal e adjacências; garantir condições de fomento, creditícias, fiscais, instalação de infraestrutura adequada de água, esgoto, energia, comunicação e transporte para a implantação de novos empreendimentos na área de saúde; prever e implementar política de capacitação de mão de obra para ocupação dos postos de trabalho a serem criados pela expansão dos atuais e atração dos novos investimentos na área da saúde; oferecer nas Unidades Básicas de Atendimento - UBS infraestrutura adequada com equipamentos (desfibrilador, ultrassom obstétrico e eletrocardiógrafo) e pessoal; fazer parcerias com o setor privado para preenchimento das vagas ociosas, inclusive em horários diferenciados, para atendimento a curto prazo da demanda reprimida por atendimentos. Atenção Primária em Saúde ampliar a cobertura da estratégia de saúde da família

em todo o Distrito Federal, oferecendo infraestrutura adequada com a ampliação tanto de Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto de equipes de estratégia de saúde da família (ESF), em consonância com a Portaria N° 648, de 28 de março de 2006; corrigir o déficit no número de Núcleos de apoio à Atenção Básica (NASFs) garantindo a proporção de 1 equipe NASF Tipo I a cada 5 equipes ESF, conforme cronograma; ampliar o horário de atendimento de unidades básicas que contenham duas ou mais equipes para um plantão diário de 12 horas, das 08 às 20 horas para desafogar os serviços e urgência e emergência, que atinge o horário de pico das 17 às 20 horas; promover concursos públicos para garantir a composição de equipes multidisciplinares nas Unidades Básicas de Saúde; ampliar gradativamente o número de agentes comunitários de saúde (ACSs), que atualmente é de 927, correspondendo a apenas 14% do teto máximo, que é de 6.621 ACSs; ampliar em 30% o número de equipes de saúde bucal Tipo I e estruturar equipes Tipo II. criar mecanismos de incentivo para cursos de residência em saúde da família, melhorando a qualidade dos atendimentos neste nível e consequentemente diminuir a procura por atendimentos na Atenção Secundária e Terciária; implantar o Programa Escola Saudável envolvendo uma equipe multiprofissional, que ofereça ações educativas de ergonomia em sala de aula, nutrição, sexualidade e cidadania, além de ações preventivas nas áreas de odontologia, oftalmologia, fonoaudiologia e otorrinolaringologia. Vigilância Epidemiológica Manter frota de veículos, inclusive equipamentos, necessários e suficientes para as campanhas e ações nas áreas da saúde, em especial os denominados “fumacês”; definir a política de vigilância epidemiológica contemplando ações e metas para curto, médio e longo prazos; fortalecer a mão de obra de combate às endemias, proporcionando melhores salários, sistema de gratificações com base em metas e controles, treinamentos e capacitações continuadas, inclusive que repercutam na qualidade de vida pessoal do servidor; incentivar o sistema de parcerias com

órgãos e entidades internacionais, do Governo Federal, dos Estados de Minas Gerais e Goiás, dos Municípios da RIDE.

O atendimento ambulatorial e a realização de exames dar-se-á em estrutura dos antigos postos de saúde e naquelas que venham a ser criadas nas próprias regiões administrativas, conforme levantamento epidemiológico, geográfico e patrimonial, objetivando desafogar os ambulatórios hospitalares. Ações: Criar Policlínicas Especialidades formadas por equipe multidisciplinar para prover atendimento especializado, bem como possibilitar o acesso aos tratamentos de reabilitação com profissionais da fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia; estruturar laboratórios de análises clínicas para a realização de exames complementares básicos essenciais, agilizando o atendimento primário em todas as Regiões Administrativas; dar celeridade aos processos de planejamento estratégico da saúde, aquisição e manutenção de equipamentos médico-hospitalares, adotando ações contínuas em prol da gestão de avaliação e manutenção de equipamentos; criar o Centro de Saúde Pediátrico, formado por profissionais da saúde especialistas em pediatria, médicos ultrassonografistas e técnicos em radiologia com capacitação nos exames específicos para a faixa etária, além de salas para coleta de exames e equipamento necessário; criar o Centro de Saúde Cardiológica, composto por profissionais da saúde especializadas em cardiologia, e infraestrutura adequada com equipamentos modernos: aparelhos de ultrassom, ecocardiograma, ecografia, holter, MAPA, teste ergométrico, raio-x; criar o Centro Radiológico contendo todos os equipamentos da área de radiologia, além da central de laudos, unificando todos os profissionais para dar maior celeridade ao sistema. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) As UPAs constituem um grande gargalo no Sistema de Saúde do Distrito Federal. Além de bastante onerosas têm baixa resolubilidade, já que grande parte dos pacientes acaba sendo transferido para algum hospital. As UPAs no DF são deficitárias do ponto de vista orçamentário, pois seu

financiamento depende de complementação do governo local em face da insuficiência dos repasses da União para esse fim. Além disso, há um grande fluxo de pacientes de fora do DF. Assim, têm-se como propostas de ação: associar as UPAs às Policlínicas Especialidades para que em casos simples, os pacientes sejam encaminhados para acompanhamento de um especialista, respeitando a rede de referência e contra referência; parcerias com a iniciativa privada para atender a demanda reprimida em horários diferenciados (noite).

ATENÇÃO HOSPITALAR

Trata-se de um ponto nevrálgico do serviço de saúde pública do Distrito Federal. A gestão hospitalar é precária, resultando em diversos contratos emergenciais onerosos. Dessa forma, é fundamental acabar de uma vez por todas com os contratos emergenciais, associado ao planejamento estratégico de procedimentos da rede hospitalar. Melhorias também devem ser feitas na gestão de equipamentos hospitalares (aquisição e manutenção) e de medicamentos, contemplando todo espectro de patologias e reduzindo a judicialização da saúde. O atendimento espontâneo e eficaz das demandas pelo Poder Executivo Distrital repercutirá na redução da judicialização (quando o cidadão busca o judiciário para que seja determinado ao Poder Executivo o atendimento do paciente), permitindo, inclusive, adequados planejamento e gestão da saúde. Ações: ampliar a rede de atenção terciária, que contará com equipes de cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia cardiovascular, ortopedia, bucomaxilo, entre outros, além de dispor de leitos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para a estabilização desses pacientes; ampliar o número de leitos de UTI na rede de saúde do Distrito Federal; ampliar o Programa Internação Domiciliar do Distrito Federal (PID-DF), através do fortalecimento dos Núcleos Regionais de Assistência Domiciliar – NRAD, em conformidade com o estabelecido na Portaria nº 825 do Ministério da Saúde, de 25 de abril de 2016; criar Centros de Referência

e Excelência em Dependência Química para encaminhar pessoas com histórico de abuso de drogas e que possuam indicação para realizar o tratamento em regime de internação; ampliar os serviços oferecidos pelo Hospital Público Veterinário do GDF, incluindo primordialmente o serviço de castração do animal.

ALTA COMPLEXIDADE

O desmantelamento deliberado de setores estratégicos causa grande prejuízo assistencial à população. A pretexto de melhorar os cuidados com pacientes de cirurgia cardíaca por exemplo, houve desestruturação do outrora respeitado serviço no HBDF em favor do ICDF. Também não houve investimento necessário para os cuidados oncológicos no DF nos últimos anos. Oncologia: Consolidar a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNCC) no Distrito Federal, através da reestruturação da linha de cuidados de pacientes oncológicos, priorizando prevenção, o diagnóstico precoce e tratamento adequado; cirurgia cardíaca e hemodinâmica: fortalecimento da rede própria; transplantes: fomentar equipes de transplantes diversos; traumato-ortopedia: reestruturar linha de cuidados, no sentido de evitar longos períodos de internação aguardando cirurgia com otimização do uso de OPME; terapia dialítica: favorecer rede própria.

Espírito Santo

Renato Casagrande (PSB)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/ES/2022802018/80000625512//proposta_1534367093278.pdf.

- Consolidar o conceito de redes de atenção regionalizadas, que ao término de nosso governo estavam com suas estruturas físicas praticamente concluídas, implantando serviços de média complexidade, regionalmente

distribuídos, e aperfeiçoar a qualidade do atendimento;

- Fortalecer os serviços de urgência e emergência, que têm no SAMU-192 um dos principais pilares de sustentação;
- Adequar às estruturas físicas de nossa rede própria ofertando melhores condições de trabalho aos servidores da saúde e um melhor acolhimento aos pacientes;
- Ampliar a oferta de leitos hospitalares e qualificação do cuidado assistencial em toda a rede de saúde própria, contratada pelo SUS e Entidades Filantrópicas, incluindo construção, reforma e ampliação de unidades;
- Implantar o Serviço Móvel de Apoio Diagnóstico Especializado;
- Criar o serviço estadual de Home Care de alta e média complexidade;
- Implantar o Programa Saúde da Pessoa Idosa – com atendimento diferenciado nos três níveis de atenção à saúde das pessoas idosas;
- Estruturar o Serviço de Telemedicina no âmbito da rede estadual e apoiar o uso desta tecnologia na rede básica dos municípios;
- Incentivar a adoção de hábitos saudáveis, prática de atividades físicas, controle da obesidade, melhoria do controle e fiscalização de produtos com impacto na saúde;
- Apoiar a atenção primária em todos os municípios, ampliando o acesso e a qualidade dos serviços, garantindo portas de entrada para a urgência e emergência, bem como apoio para o diagnóstico e a assistência farmacêutica integral;
- Incentivar programas de cooperação e melhoria da gestão municipal de saúde;

- Capacitar os operadores de saúde, com foco nos programas de prevenção e saúde da família;
- Incorporar o uso de inovação e de medicina de alta tecnologia no sistema estadual de saúde;
- Implantar parcerias com as instituições de ensino para qualificar a formação de alunos e aperfeiçoar profissionais da rede estadual de saúde;
- Promover o uso de tecnologias para facilitar o acesso aos serviços de saúde: agendamentos online (consulta, vacinas, prontuário eletrônico);
- Promover estudos e pesquisas vinculados a saúde da população LGBT que permitam obter indicadores de suas condições sociais e de saúde, com vistas à fundamentação da construção de políticas públicas específicas;
- Fortalecer a política de Saúde Mental;
- Fortalecer a Vigilância em Saúde e atuar em parceria com os municípios nas ações de combate a endemias, bloqueios e cobertura vacinal.

Goiás

Ronaldo Caiado (DEM)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/GO/2022802018/90000613470//proposta_1534370289670.pdf

- Resgatar a função do estado na gestão de ações e serviços de saúde à população.
- Instituir consórcios públicos intermunicipais de saúde como forma de fortalecer o gerenciamento regional da saúde no Estado de Goiás.
- Implantar AME PLUS - Ambulatório Médico de Especialidades.
- Implantar centros de referência em odontologia de média e alta complexidade.
- Reorganizar a disponibilidade da oferta de serviços dos principais hospitais geridos pelas Organizações Sociais.
- Estruturar a internação domiciliar com o objetivo de humanizar o atendimento e diminuir custos de diárias de UTI de pacientes crônicos.
- Estabelecer parcerias por meio de convênios ou outros instrumentos com entidades da sociedade civil que prestam serviços de amparo a dependentes químicos.
- Fortalecer a gestão do sistema de saúde utilizando-se de indicadores e tecnologia da informação para tomada de decisão estratégica em saúde, baseadas nas contratualizações acordadas.
- Efetivar a central de inteligência em saúde, com base na tecnologia da informação para congregar informações determinantes e condicionantes em saúde, com objetivo de tomar decisões estratégicas com foco em resultados para população.
- Estabelecer parcerias para apoiar, orientar e melhorar a prática de atividades físicas em hipertensos crônicos, diabéticos, doentes reumáticos, obesos.
- Facilitar o acesso da população à saúde com qualidade e humanização, com profissionais de saúde qualificados e exames complementares laboratoriais básicos, além de equipamentos médico-hospitalares essenciais.
- Apoiar a atenção primária da saúde de família, parametrizada conforme orientação do MS, criando equipes regionais de apoio com

psicólogos, educadores físicos e nutricionistas.

- Efetivar a regionalização e a descentralização das ações e serviços de saúde.
- Fazer funcionar, com excelência, os hospitais regionais existentes e minimizar os vazios assistenciais identificados nas regiões do estado para serviços de média e alta complexidade, através da ampliação da gestão regional e do aperfeiçoamento e ampliação da rede por meio de parcerias com o terceiro setor.
- Priorizar a eficiência e a equidade nas ações e serviços prestados, humanizando e melhorando a qualidade do atendimento.
- Implementar a telemedicina como recurso do sistema de saúde.
- Fomentar a participação da sociedade no processo de tomada de decisão.
- Efetivar a regulação, a avaliação, a auditoria e o controle social do SUS.
- Ampliar serviços de atenção básica, em parceria com os municípios, e da vigilância em saúde.
- Fortalecer a assistência farmacêutica, laboratórios e os Serviços de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica (SADT).
- Otimizar a distribuição regional dos leitos hospitalares e leitos de UTI disponíveis pelo Sistema Público de Saúde e gerenciar melhor sua utilização pelo sistema.
- Dar prioridade para gestão de unidades e serviços de saúde, sob a responsabilidade direta do ente estadual e para serviços próprios e filantrópicos na aplicação de recursos. Reestruturar os serviços de atenção psicossocial no estado.
- Desenvolver serviços de atendimento à

urgência e à emergência, incluindo o serviço móvel de urgência.

- Implementar políticas de saúde intersetoriais e transversais, relacionadas às questões ambientais, às questões sanitárias e às demandas das populações e grupos vulneráveis.
- Fortalecer a política de transplante no estado, ampliando as informações e o controle nas regiões.
- Priorizar ambientes de serviços adequados às necessidades técnicas e da população usuária.
- Valorizar a atuação dos servidores do Sistema de Saúde de Goiás.
- Buscar fixar os profissionais de saúde nas regiões mais distantes.
- Implantar política de educação permanente em saúde.
- Implementar ações e serviços de saúde bucal.
- Levar aos municípios goianos e às regionais da saúde equipamentos de tecnologia da informação (TI) necessários para se fazer contatos online, em tempo real, entre o nível central, regionais e unidades municipais, com o objetivo de fortalecer a saúde.
- Instalar unidade de referência em doenças Cardiovasculares no Estado.
- Instalar unidade de referência em Oncologia para Goiás.
- Estruturar a internação domiciliar com o objetivo de humanizar o atendimento e diminuir custos de diárias de UTI de pacientes crônicos.
- Estabelecer parcerias por meio de convênios

ou outros instrumentos com entidades da sociedade civil que prestam serviços de amparo a dependentes químicos.

Maranhão

Flavio Dino (PCdoB)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/MA/2022802018/100000603926//proposta_1533905996809.pdf.

Assegurar a cobertura, regionalizada ou municipal, dos serviços de média complexidade ofertados nos Centros de Referências Especializadas de Assistência Social – CREAS. Regulamentar o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, que dispõe sobre a organização da Política de Assistência Social no estado. Aprovar e executar Plano Estadual de Políticas Sobre Drogas, com o objetivo de intensificar a intervenção, de forma integrada, nas áreas de prevenção ao uso indevido; atenção e reinserção social de usuários e dependentes; repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.

Fortalecer a rede de atendimento dos hospitais regionais com serviços de média e alta complexidade, inclusive com UTI's.

Implantar em cada Regional de Saúde: a) Policlínica, para consultas e exames, contando, inclusive, com pediatria; b) Programa Sorrir, para atendimento odontológico de média e alta complexidade.

Consolidar as ações desenvolvidas pela Força Estadual de Saúde (FESMA), pelo Ninar, pelo Mais Saúde e criar os Centros de Referência para atendimento integral à pessoa com Transtorno do Espectro Autista, em São Luís e cidades polos.

Implantar um novo Sistema Estadual de Marcação de Consultas, por meio da criação do Cartão Saúde Inteligente, facilitando a marcação de consultas e exames, e instituir o prontuário eletrônico que disponibilize todos

os dados cadastrais e clínicos do paciente.

Expandir a Rede de Cuidado das Pessoas com doenças crônicas nas áreas de oncologia e nefrologia, nas regiões do estado, fortalecendo os serviços de diagnóstico, terapia e fisioterapia nos respectivos ambulatorios especializados, para garantir o atendimento integral a todos os que precisam de tratamento.

Fortalecer as ações do Fundo Estadual de Combate ao Câncer, garantindo recursos para o atendimento integral às pessoas portadoras da doença.

Descentralizar a Central de Assistência Farmacêutica com a garantia de acesso da população aos medicamentos durante os tratamentos médicos.

Abrir o novo Hospital dos Servidores do Estado e garantir assistência médica e hospitalar, nas várias regiões, aos servidores públicos.

Realizar ações para conscientizar a população sobre os acidentes de trânsito e outros agravos por causas externas, por intermédio da criação de comitê de prevenção e acompanhamento da mortalidade por acidente de trânsito em cada região de saúde.

Trabalhar junto aos municípios para ampliar a execução da política estadual de cofinanciamento para os agentes comunitários de saúde, em regime de colaboração, em cumprimento à Lei Estadual nº 10.583/2017, envolvendo a complementação do piso salarial desses profissionais e dos agentes de endemias. Ampliar as políticas públicas para os idosos, com a rede de CRAS e com Centros de Referência, além de programas como o “Alonga Vida” e similares.

Mato Grosso

Mauro Mendes (DEM)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/MT/2022802018/110000612713//proposta_1534268657172.pdf.

- Criar o consorcio estadual de saúde para

compra, armazenamento e distribuição de remédios e insumos hospitalares, em conjunto com os 141 municípios, liderados e apoiados pelo governo de Mato Grosso;

- Reiniciar a construção do hospital universitário, que está parada, com mais de 90 milhões em conta convênio;

- Concluir e equipar o novo pronto socorro de Cuiabá, em parceria com o município;

- Priorizar e colocar em dia o repasse aos municípios na área de saúde;

- Promover o fortalecimento, em parceria com os municípios, da atenção primária e construção das redes de atenção à saúde;

- Organizar, melhorar a estrutura e fazer funcionar os hospitais regionais;

- Fazer parcerias e convênios com os municípios que possuam hospitais municipais;

- Implementar Política Estadual de Atenção Hospitalar;

- Promover Educação permanente em Saúde;

- Reestruturar as unidades descentralizadas (CEOPE, CERMAC, CRIDAC, MT, HEMOCENTRO, LACEM, FARMÁCIA CIDADÃ);

- Reestruturar o SAMU;

- Revisar as referências e contra referências dos hospitais regionais e contratados (filantrópicos e particulares);

- Promover a atenção domiciliar e cuidados de Saúde Mental;

- Apoiar, estimular e contribuir com a formação de Consórcios Municipais de Saúde;

- Outras ações viáveis sugeridas durante a campanha.

Mato Grosso do Sul

Reinaldo Azambuja (PSDB)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/MS/2022802018/120000606863//proposta_1534212823512.pdf.

- Manter as ações da Caravana da Saúde.

- Concluir os hospitais e ampliar os investimentos necessários para a regionalização da saúde.

- Adensar a parceria com os municípios para atendimento da atenção básica de saúde.

- Aperfeiçoar e ampliar o processo de incorporação de tecnologias da informação na prestação de serviços de saúde.

Minas Gerais

Romeu Zema (NOVO)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/MG/2022802018/130000600702//proposta_1533160671813.pdf.

- Assumir o bem-estar como conceito principal acerca da saúde.

- O problema da saúde não se limita a insuficiência de recursos.

- Melhorar o atendimento por meio da realocação do orçamento disponível, estabelecendo prioridades mais técnicas e menos políticas.

- O governo não deve ser o responsável direto pela oferta de saúde.

- Gestão compartilhada de equipamentos públicos de saúde por meio de OSs e PPP como forma de melhorar os serviços de saúde à população.

- Hospitais Regionais de porte adequado como forma de garantir atendimento especializado à população.

- Remuneração deve ser baseada por resultados objetivos de manutenção e melhoria da saúde, e não simplesmente pelo procedimento.

- “Médico de Família” como alicerce das políticas públicas de saúde básica do estado.

- A assistência à saúde assegurada pelo livre mercado custa menos e é mais versátil que aquela proporcionada diretamente pelo Estado.

- Recuperar a credibilidade do Governo Estadual. Realizar os ajustes fiscais e as realocações de despesas necessárias para garantir o pagamento em dia dos fornecedores e servidores da área de saúde, bem como os repasses aos municípios. O que antes era um problema de atrasos recorrentes, hoje é um calote bilionário que retira de cada município a capacidade de atender a população e afeta diretamente a vida dos servidores e o negócio dos fornecedores do estado.

- Dar transparência a todo tipo de informação do sistema atual para que a sociedade tenha condições de tirar suas próprias conclusões sobre a realidade da saúde pública com base em dados.

- Delegação da administração dos equipamentos da saúde para Organizações Sociais (OSs) e Parceria Público-Privada (PPP) capazes, comprovadamente, de fornecer

melhores serviços públicos de saúde para a população.

- O objetivo dessa medida é de aumentar a eficiência dos equipamentos atuais e concentrar esforços em monitoramento e avaliação dos serviços de saúde contratados, com auditorias de prontuários, por exemplo. Além disso, este modelo garante maior ética e responsabilidade financeira na gestão.

- O estado como consultor. Apoio técnico aos municípios que queiram passar pelo mesmo processo de mudança de modelo de gestão com base em resultados e responsabilidade de gestão por parte de entidades privadas.

- Fortalecer os consórcios intermunicipais existentes e estabelecer cada vez mais parcerias com entidades privadas, em um modelo onde a remuneração se pautará pelo resultado objetivo da manutenção e melhoria da saúde, ao invés da tradicional remuneração por procedimento.

- Incentivar a formação de profissionais de saúde voltados para a saúde familiar, realizando parcerias com universidades públicas e privadas e buscando alternativas para a fixação desses profissionais em cidades remotas.

- Integrar a gestão de centros de saúde menores a hospitais regionais de maior porte a partir da gestão privada que detém capacidade de transmitir eficiência operacional e planejar, de forma mais adequada, o escopo de atividades para que as unidades atuem de forma complementar.

- Rever os contratos atuais e formular e fiscalizar os futuros contratos. Para isso o estado deve rever o modelo de contratualização vigente atualmente, alterando para uma lógica de contrato global de desempenho e qualidade, que leve em consideração os custos reais para prestação de serviços

de qualidade. A adesão ao novo modelo deve ser feita de forma gradual e deverá ter como contrapartida dos prestadores um novo pacto envolvendo níveis de excelência em governança corporativa e transparência.

- Rede de informações. Para a implementação de qualquer programa de acompanhamento médico a longo prazo, é fundamental haver um sistema, acessível por qualquer profissional do sistema de saúde, com informações sobre condições clínicas anteriores dos pacientes, que possam ser utilizadas pelos profissionais para prevenir doenças e criar melhores tratamentos.
- Investimento intensivo em tecnologia e telemedicina. A tecnologia tem potencial de melhorar a qualidade do atendimento e reduzir custos. Com apoio da iniciativa privada, é preciso investir na implantação de prontuários eletrônicos e implementar centros de atendimento online para melhorar a qualidade da atenção nos municípios onde não há escala suficiente para a presença do especialista.
- Imunização e Conscientização. Garantir níveis de excelência de imunização no estado evitando que doenças preveníveis como a paralisia infantil não volte a ter incidências no estado. Atualmente o papel do governo como conscientizador está sendo descumprido. Deve-se intensificar ações de conscientização como, por exemplo, em relação à AIDS e infecções sexualmente transmissíveis.
- Desburocratização. Simplificação e informatização de processos de credenciamento e maior agilidade na aprovação de projetos e emissão de alvarás. Assim, é possível aumentar o acesso à saúde privada e atrair empreendedores para o setor de saúde, principalmente para o atendimento em regiões com vazios assistenciais.
- Viabilizar programas piloto onde o governo possa comprar serviços privados de saúde para a população. Assim, a população tem melhores condições de comparar e avaliar os serviços

públicos e privados, podendo cobrar novas políticas em direção a um novo modelo de saúde com mais liberdade.

Pará

Helder (MDB)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/PA/2022802018/140000621334//proposta_1534358095958.pdf

- Implementar os consórcios públicos intermunicipais de saúde em todas as Regiões de Integração do Pará.
- Fortalecer a atenção primária junto aos municípios visando o aumento da cobertura populacional, a qual atualmente é de 58,91%, segundo o DATASUS/MS 2018.
- Implementar policlínicas nas treze regionais de saúde compostas por várias especialidades médicas que atendam as demandas específicas de cada região.
- Expandir e interiorizar da rede estadual pública de hemoterapia e hematologia.
- Fortalecer a cobertura da Atenção Básica nos municípios a partir de parcerias que foquem o apoio técnico e financeiro para programas como Saúde da Família.
- Ampliar a rede de atendimento hospitalar no Estado, concluindo e equipando os Hospitais Regionais e garantir recursos da contrapartida estadual para finalização das Unidades de Pronto Atendimento (UPA).
- Construir novos hospitais, assim como ampliar e reformar os já existentes, bem como aperfeiçoar a distribuição dos leitos hospitalares e de UTI na capital e interior.

- Implementar políticas de apoio e acompanhamento das populações tradicionais, quilombolas, índios, entre outros.
- Criar o Hospital da Mulher, em Belém para atendimento nas áreas de mastologia e ginecologia.
- Apoiar a conclusão do Hospital Maternoinfantil de Santarém.
- Promover atendimento móvel para ampliação de acesso a serviços nas regiões mais remotas para evitar o deslocamento da população e agilizar o atendimento e o diagnóstico de doenças.
- Valorizar os profissionais da área de saúde, promovendo o bem estar, a saúde, o desenvolvimento pessoal e a valorização destes profissionais.
- Implantar novas tecnologias para informatização e modernização da saúde, tendo como foco, o planejamento do gasto público, controle, integração das unidades, facilitar o acesso aos dados do cidadão e qualificar a assistência a cada paraense.
- Informatizar a saúde com a implantação do Prontuário Eletrônico, permitindo assim o compartilhamento de informações da saúde do paciente e seu histórico de atendimentos, e ainda um melhor controle do sistema e a redução de custos.
- Reforçar as ações de caráter estratégico e longo alcance, voltadas à redução do risco de doenças causadas pelo tabagismo, uso de álcool e drogas, elaborar campanhas de estímulo à vida saudável e prática de exercícios físicos.
- Fortalecer as ações de vigilância e prevenção em saúde para diminuir as internações por hipertensão e diabetes e buscar descentralizar o serviço de hemodiálise para os

municípios de menor porte evitando que este paciente fique se deslocando para capital.

- Fortalecer ações de vigilância epidemiológica, de forma a reduzir o aumento de casos, o risco de surtos e mortes, implantando medidas relacionadas à detecção precoce de casos, diagnóstico a tempo e início imediato do tratamento.
- Ampliar a Rede Especializada de Tratamento de Dependentes Químicos insuficiente para atender a demanda que é crescente e investir na qualificação de mão-de-obra preparada para lidar com a dependência química.
- Ampliar a participação e o controle da sociedade na qualidade dos serviços prestados. A transparência é instrumento fundamental para o fortalecimento da gestão.
- Fortalecer a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer, e implantar CACON (Centro de Assistência Especializada em Oncologia) nos polos onde o serviço não é ofertado.
- Expandir a rede de serviços de traumatologia para outras regiões do estado.
- Garantir o acesso da população aos medicamentos imprescindíveis à saúde.
- Ampliar a cobertura do programa de agente comunitário de saúde.
- Aumentar a cobertura dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial 1-2-3); CAPS AD (álcool e drogas); e CAPS I (crianças e adolescente).

Paraíba

João (PSB)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/PB/2022802018/150000603508//proposta_1533846764323.pdf

- Requalificar o Hospital e Maternidade Frei Damião (a implantação de um centro de parto normal e de uma casa de apoio mãe-bebê);
- Implantar no hospital de Mamanguape o serviço de gravidez de alto risco;
- Reformar e ampliar os hospitais que integram a rede estadual de saúde;
- Implantar o Centro de Referência em Esclerose Múltipla da Paraíba;
- Transformar o Centro de Formação de Recursos Humanos da Saúde em Escola Estadual de Saúde Pública.

Paraná

Ratinho Junior (PSD)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/PR/2022802018/160000609226//proposta_1534182290253.pdf

- Oferecer ao cidadão acesso aos níveis de atenção primário, secundário e terciário.
- Melhorar e ampliar o acesso aos atendimentos especializados, como consultas e exames.
- Incrementar a utilização de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento de doenças e fortalecida atenção primária.
- Atenção ao tema das violências interpessoal, especialmente em relação à mulher e aos idosos e a violência no trânsito, que vêm impactando a área da Saúde.
- Promover melhorias nas redes estratégicas como a Rede de Urgência e Emergência que contempla pontos de atenção como o SAMU, SIATE, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais.
- Dar ênfase no aprimoramento da Rede Materno-Infantil visando chegar a indicadores de mortalidade abaixo de 10/1000 nascidos vivos.
- Aprimorar a qualidade do pré-natal e fortalecer ações voltadas à vacinação e prevenção de doenças.
- Aprimorar e consolidar a Rede de Atenção à Saúde Mental e a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.
- Implantar a Rede de Atenção à Pessoa Idosa em todas as regiões do Estado com ações integradas da área da saúde e da assistência social.
- Estabelecer medidas que assegurem uma gestão eficiente, otimizando e potencializando os recursos financeiros destinados a essa área para apresentar melhores resultados para a sociedade.
- Fortalecer a regionalização em articulação com os municípios para assegurar funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, como fortalecimento da Atenção Primária e apoio aos Consórcios Intermunicipais.
- Definir parcerias com a sociedade e implementadas alternativas de gerência de unidades de saúde.
- Esforços serão feitos para que os hospitais públicos estaduais se tornem referências regionais inclusive nos campos da pesquisa e no apoio na formação acadêmica.
- Dar ênfase ao diálogo e articulação como Governo Federal, os governos municipais, universidades, movimentos sociais, entidades profissionais e prestadores de serviços.
- Implementar estratégias de promoção da saúde, tais como alimentação saudável, prática de atividades físicas, redução do

tabagismo, do consumo de álcool e drogas.

- Aperfeiçoar os serviços de armazenamento de dados de saúde da população, no apoio à pesquisa, e nos processos de produção de conhecimentos ligados ao setor de saúde.

Pernambuco

Paulo Câmara (PSB)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/PE/2022802018/170000604547//proposta_1535317493412.pdf.

O aumento do desemprego direcionou os milhares de cidadãos que perderam seus planos de saúde a recorrer ao Sistema Único de Saúde. Diante da omissão do Governo Federal em ampliar o repasse de recursos para os demais estados da federação, fomos obrigados a despendermos em média, nos últimos quatro anos, mais de 15% da Receita Corrente Líquida na Saúde, muito acima do piso legal de 12%, sendo Pernambuco um dos Estados que mais investe no Brasil nesta área. Como resultado da política adotada mesmo na crise, ou mesmo por conta dela, uma vez que muitos serviços municipais de saúde foram fechados, a rede estadual bateu recordes na realização de procedimentos ambulatoriais, partos e cirurgias. Não se pode esquecer do salto de qualidade nos serviços prestados nos hospitais regionais de Arcoverde e Afogados da Ingazeira que após serem transferidos para a administração de Organizações Sociais de Saúde, ampliaram sobremaneira a oferta de serviços às populações dos Sertões do Moxotó e do Alto Pajeú. A parceria com o Recife permitiu a abertura do Hospital da Mulher, que tem atendido toda a Região Metropolitana. O tão sonhado serviço de hemodiálise foi instalado em Araripina. O aumento da demanda por recursos necessários para financiar a rede já existente impediu que novas unidades planejadas em 2014 fossem entregues à população. No entanto, reformas foram

realizadas na rede, abertas as UPAE de Ouricuri e do Arruda, no Recife, assim como iniciadas as obras do Hospital Geral do Sertão, em Serra Talhada, que entrará em funcionamento em 2019. Ao longo da próxima gestão serão inauguradas as UPAE de Palmares, Abreu e Lima, Carpina, Goiana, o Hospital da Mulher de Caruaru, a requalificação do Hospital Professor Agamenon Magalhães em Serra Talhada. Assim como outros equipamentos necessários para oferecer condições dignas à população que mais precisa de atendimento, buscando inovar e avançar ainda mais na marcação de consultas e na realização de cirurgias e partos.

Piauí

Wellington Dias (PT)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/PI/2022802018/180000614002//proposta_1535630539978.pdf.

- Saúde pública de qualidade mais próxima das pessoas e o incentivo à vida saudável.
- Garantir o atendimento à saúde dos piauienses, da criança ao idoso, nas zonas urbanas e rurais, em cada canto do estado e em parceria com a União, os municípios, a iniciativa privada e os usuários.
- Ampliar e qualificar a assistência à saúde para proporcionar a todas e todos acesso na rede estadual.
- Desenvolver um sistema de parcerias com os municípios que serão assessorados, visando à melhoria e a humanização nos seus atendimentos.
- Chegar a todos os Territórios de Desenvolvimento com serviços especializados, de média e alta complexidade, através da melhoria dos hospitais regionais

e da criação de atendimento especializados descentralizados.

- Ampliar o uso da tecnologia da informação e aumentar as ações de telemedicina.
- Desenvolver ações preventivas como promoção de hábitos saudáveis a partir da prática de exercícios físicos com orientação profissional e sensibilização para a reeducação alimentar e nutricional.
- A saúde preventiva ajudará o estado na diminuição das doenças e mortes evitáveis, através de articulação de parcerias com outros setores do estado e dos municípios.
- Descentralizar à saúde para os territórios com rede de atendimento materno/infantil
- Implantação de rede de urgência e emergência.
- Aumentar o atendimento ambulatorial especializado, ampliar o número de leitos de UTIs, entre outras ações que objetivam reduzir mortalidade infantil e de gestante.
- Reforçar a atenção integral à saúde.
- Implantar estruturas especializadas para atendimento de pessoas vítimas de violência sexual.
- Descentralizar os serviços de saúde.
- Assessorar os municípios para atender a todas e todos.
- Qualificar e humanizar o atendimento para melhor assistir as cidadãs e cidadãos
- Descentralizar os serviços de saúde de média complexidade, fortalecendo a resolutividade dos hospitais regionais nos Territórios de Desenvolvimento.
- Ampliar os serviços especializados nos

municípios de Parnaíba, Teresina, Floriano, Campo Maior, Picos, São Raimundo Nonato e Bom Jesus.

- Ampliar e fortalecer os serviços de atendimento à saúde materno/infantil no estado;
- Implantar e fortalecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, quanto à ampliação do acesso aos serviços pactuados no Plano Estadual das Redes (Centros de Reabilitação/CER, Centros de fisioterapia, Triagem Neonatal) e expansão da Oficina Ortopédica Itinerante (Programa Passo a Frente).
- Qualificar os serviços de saúde, com ênfase na integralidade do cuidado, humanização e equidade.
- Implantar a Rede de Urgência e Emergência (RUE) nos territórios de desenvolvimento do estado, onde não existem.
- Fortalecer a Rede de Urgência e Emergência (RUE) nos territórios de desenvolvimento do estado; Saúde preventiva.
- Estimular a prática de atividades físicas nos municípios, oportunizando ao cidadão o acesso a serviços especializados para a prevenção da saúde.
- Criar parcerias com a agricultura familiar para o acesso à alimentação adequada e saudável, priorizando as famílias e as pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional.
- Implantar Linhas de Cuidados no contexto das Redes de Atenção à Saúde do Idoso, às Doenças Negligenciadas, o Sobrepeso e a Obesidade e a Doença Falciforme (prevenção de sintomas).
- Implementar o “Programa Vida no Trânsito” para diminuir riscos de lesões, sequelas e mortes por acidentes no trânsito, em parceria com outras instituições envolvidas.

- Avançar nas coberturas vacinais da população como forma de evitar doenças imunopreveníveis, em parceria com os municípios, objetivando o alcance das metas vacinais.
- Garantir o cuidado integral aos indígenas piauienses não aldeados, respeitando suas práticas de saúde e suas especificidades culturais, de forma articulada inter e intrasetorial (Projeto o Piauí tem Índio Sim).
- Descentralizar a atenção secundária de atendimento ao público masculino por meio da implantação/implementação de polos de atenção de saúde do homem.
- Estabelecer pacto para qualificar a atenção à mulher e a criança, reduzir a Mortalidade Materna, Infantil e Fetal em regime de colaboração com os 224 municípios do estado.
- Ampliar a assistência ao pré-natal de alto risco nas Maternidades de Picos, Floriano, Piripiri, Bom Jesus, São João do Piauí e São Raimundo Nonato com vistas a qualificar a atenção à saúde.
- Implantar e implementar serviços especializados de atenção às pessoas vítimas de violência sexual, estendendo o acesso para os 12 Territórios de Desenvolvimento.
- Implantar e implementar os Polos de Referência Secundária da Mulher para o diagnóstico de Câncer de mama e do útero.
- Sistematizar dados sobre a Atenção Primária à Saúde em âmbito estadual, a partir de monitoramento e avaliação.
- Qualificar a Atenção Primária em Saúde, promovendo a integração à Atenção Secundária, via oficinas de trabalho com o apoio do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde.
- Implementar Política de Prevenção e

redução de danos quanto ao Uso de álcool e outras drogas, promovendo atendimento especializado nos dispositivos de saúde com ênfase na reabilitação psicossocial dos usuários e familiares.

- Ampliar e qualificar o acesso da Rede de Atenção Psicossocial com ênfase no cuidado primário, secundário e terciário, objetivando a humanização na assistência e na reabilitação psicossocial, conforme preconiza a política de saúde mental em dispositivos abertos e comunitários.
- Implantar o Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio com ações de prevenção e promoção em saúde mental, vigilância e assistência em saúde, com a finalidade de reduzir a incidência de óbitos e/ou tentativas de suicídio no Estado.
- Promover ações de vigilância em saúde para evitar ou reduzir as ocorrências das doenças tropicais emergentes e negligenciadas (dengue, zika, chikungunya, doença de chagas, leishmanioses, hanseníase, entre outras).
- Intensificar ações e medidas de promoção de saúde para controlar e reduzir os fatores de risco ambientais em saúde, tais como: qualidade da água para consumo humano, vetores de importância de saúde pública (aedes, flebotomo, triatomíneo), agrotóxicos, queimadas, etc.

Rio de Janeiro

Wilson Witzel (PSC)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/RJ/2022802018/190000612301//proposta_1534218285632.pdf

- Cumprimento do dispositivo constitucional que obriga o Estado a aplicar 12% do orçamento em saúde;

- Promover a auditoria de todos os contratos de OSs e de terceirizações vinculadas à saúde celebradas pelo governo anterior;
- Fortalecer a capacitação e valorização dos profissionais de saúde do estado, de forma a garantir um atendimento de qualidade, eficiência e focado no cuidado ao cidadão;
- Propor a organização do sistema de regulação, nos moldes do Estado de SP, com a revisão da PPI (programação pactuada integrada) dos 92 municípios, garantindo o acompanhamento e cumprimento das cotas;
- Fazer a secretaria estadual de saúde reassumir o seu papel como articuladora da saúde do estado junto aos municípios, garantindo repasse de recursos para a implementação do PNAB;
- Estabelecer convênios com os municípios para a construção de até 250 Clínicas da Família ou contratação na rede privada por meio de parcerias público privadas, que permitam a disponibilização de ao menos 2 mil novas equipes, aumentando a cobertura do atendimento para 70%;
- Reorganização da Central de Regulação de Leitos, racionalizando o uso de leitos de alta complexibilidade;
- Revitalização do serviço de Telessaúde da UERJ, disponibilizando-o para a atenção primária do Estado e racionalizando a solicitação por serviços especializados;
- Reforma dos hospitais de referência, com recurso próprio ou através de Parcerias Público-Privadas;
- Reestruturação da atenção especializada na rede assistencial do Estado;
- Melhorar o atendimento de toda a rede de atenção materno-infantil, garantindo um parto humanizado desde a concepção até o nascimento;
- Atuar em conjunto com as demais secretarias para garantir uma atuação ampla e transdisciplinar no tema da saúde, visando assim melhorar os indicadores de saúde do Estado;
- Criar mecanismos de accountability na gestão dos recursos de saúde, impedindo novas fraudes e desvios;
- Dentro da força-tarefa da “Lava-Jato do Rio de Janeiro”, ter foco especial na investigação de atos de corrupção na saúde nos últimos 20 anos;
- Contratar médicos especializados dentro das redes privadas para suprir a demanda do SUS, de forma a zerar a fila de espera de procedimentos em até um ano;
- Construir novas sedes do Rio Imagem na Baixada Fluminense e no interior do Estado ou estabelecer parcerias com laboratórios privados;
- Em parceria público-privada, construir novos hospitais de atendimento pelo SUS;
- Buscar parcerias com hospitais militares e universitários para aumento do número de vagas para a rede pública;
- Fortalecimento dos institutos de pesquisa vinculados à secretaria de Saúde;
- Através de apoio logístico e financeiro, implantaremos em todos os municípios do Estado um programa de contratação de horários disponíveis em consultórios particulares, complementando os valores da tabela SUS, para atrair a rede privada.

Rio Grande do Norte

Fatima Bezerra (PT)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/RN/2022802018/200000606727//proposta_1535496041932.pdf.

a) Estruturar um Sistema Estadual de Vigilância em Saúde, de base regional, que articule e coordene as várias ações de vigilância no âmbito dos territórios; b) Fortalecer as ações de vigilância sanitária nas suas diversas áreas de atuação nas diversas regiões de saúde; c) Incrementar os programas de imunização com vistas ao alcance de coberturas vacinais que assegurem a proteção das crianças e adultos contra as doenças; d) Instituir programa permanente de monitoramento e avaliação dos condicionantes e determinantes da saúde, de modo a subsidiar a tomada de decisões e as intervenções oportunas no controle de doenças e agravos; e) Propor a atualização das leis e normas que regulam as ações de vigilância em saúde, com a criação de um regulamento sanitário estadual; f) Aprimorar os processos e os instrumentos de notificação e de vigilância de óbitos e agravos à saúde, com a atualização e informatização dos procedimentos de registro; g) Expandir e qualificar a vigilância em saúde do trabalhador e dos ambientes de trabalho e intervir nas situações que ameaçam à saúde e a vida dos que produzem, com a revitalização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs); h) Ampliar e qualificar a vigilância das violências, promovendo ações coordenadas de controle e combate as suas causas, com ênfase nos agravos produzidos por acidentes de veículos, agressões e violência doméstica; i) Intensificar as ações de vigilância ambiental e, em conjunto com os órgãos de atuação na área, desenvolver programas de promoção de ambientes salubres.

a) Reconstruir e reestruturar as Redes de Atenção nas regiões de saúde, com vistas a garantir o acesso integral, humanizado e

resolutivo na atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, integrando os serviços estaduais e municipais existentes nos territórios, abrangendo: • Urgências e emergências: traumatológicas, cardiovasculares e clínicas (adultos e crianças), com a qualificação da organização e da gestão da Rede de Urgência e Emergência; • Atenção obstétrica e ginecológica, com efetivação da Rede Cegonha; • Cuidados integrados em saúde mental, com ampliação dos serviços e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS; • Cuidados especializados ambulatoriais e apoio diagnóstico – laboratorial, imagens, métodos clínicos –, com implantação de Centros de Atenção Integral, nos moldes de Policlínicas, que trabalhem em matriciamento com a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar; • Cirurgias e internações em áreas básicas, com redução do tempo de espera, mediante a reestruturação e qualificação dos Hospitais Regionais, no contexto de uma Política de Atenção Hospitalar; • Assistência farmacêutica, no âmbito de uma Política Estadual de Assistência Farmacêutica, que viabilize o acesso oportuno aos medicamentos e estimule o uso racional destes; • Reabilitação em saúde, com a implantação da Rede de Atenção às Pessoas com deficiência, tendo por base os serviços e Centros Especializados em Reabilitação existentes e a serem construídos; • Saúde bucal, reativando as diretrizes do BRASIL SORRIDENTE, com ampliação da oferta na Atenção Básica e efetivação dos Centros de Especialidades Odontológicas, nas regiões.

b) Qualificar e aumentar a efetividade e a resolutividade da Atenção Primária, com a ampliação das práticas e do apoio diagnóstico, e articulação com a Atenção Especializada, mediante apoio técnico ao planejamento e gestão, avaliação, oferta de educação permanente aos profissionais e suporte em equipamentos aos municípios; c) Redefinir o perfil e a requalificação dos pequenos hospitais existentes de modo a integrá-los às redes de atenção, em função das necessidades assistenciais; d) Criar sistema de transporte sanitário integrado, em

sua dimensão intra e inter-regional, para facilitar o acesso dos usuários aos serviços, contribuindo para diminuir o absenteísmo; e) Adotar um sistema de compras de materiais e insumos hospitalares que funcione com eficiência e permita a realização no tempo indicado dos procedimentos de saúde adequados aos cuidados de cada paciente; f) Fortalecer os processos de Regulação e Contratualização, e instituir novas modalidades organizacionais, do tipo autárquico, com prioridade para a criação dos Consórcios Regionais de Saúde; g) Integrar os serviços estaduais existentes em uma unidade gerencial autárquica de Saúde, facilitando sua atuação junto às redes de atenção, podendo ser gerenciada pelos consórcios regionais.

a) Instituir práticas de planejamento e gestão no SUS estadual, sendo profissionalizada e assentada na regionalização, e que aprimore os mecanismos de regulação, contratualização e avaliação de desempenho das instâncias, serviços e profissionais, com informatização e atualização dos processos administrativos; b) Implantar uma política de consórcios, de base regional, que assegure uma integração de recursos (União, Governo do Estado e Municípios) na organização e gestão das ações de saúde em cada região, com racionalização na utilização dos recursos, melhoria da eficácia/eficiência/efetividade do sistema; c) Viabilizar a implantação do serviço de transporte sanitário intermunicipal; d) Instituir uma política de pessoal que valorize os profissionais de saúde e instaure processos de participação com responsabilização; e) Desenvolver uma rede estadual de educação permanente, envolvendo as universidades e instituições públicas de ensino em saúde, com ofertas que propiciem a capacidade de intervenção desses profissionais no atendimento das necessidades de saúde da população; f) Elaborar e implementar um programa de investimentos na rede de saúde, incluindo a construção, reforma, ampliação de equipamentos, para tornar os serviços públicos do RN compatíveis com os padrões de qualidade já alcançados em outras realidades próximas; g) Criar uma política e um programa

de desenvolvimento científico e tecnológico do SUS-RN, em parceria com as Universidades e os Institutos Federais, com suporte da FAPERN, apoio do SUS e dos órgãos nacionais de fomento, e a cooperação dos organismos internacionais; h) Atuar para reverter o subfinanciamento do SUS, instituindo a autonomia na gestão do Fundo Estadual de Saúde, buscando aumentar a alocação de recursos da união, e melhorando a destinação e a utilização eficiente dos recursos estaduais e municipais (via consórcios) no fortalecimento da rede pública.

a) Apoiar programas e estabelecer metas de redução das taxas de mortalidade materno-infantil; b) Garantir o cofinanciamento da Atenção Básica; c) Garantir e qualificar o acesso aos medicamentos; d) Ampliar e qualificar a vigilância em saúde e assistência farmacêutica; e) Construir em conjunto com a sociedade uma Política Estadual da Atenção Básica.

Rio Grande do Sul

Eduardo Leite (PSDB)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/central/2018/BR/RS/2022802018/210000622367//proposta_1534355431161.pdf

- Fortalecer e expandir os Serviços de Saúde.
- Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, com redução de desigualdades regionais e aperfeiçoando a qualidade das ações e serviços prestados.
- Valorizar os profissionais de saúde, de uma gestão inteligente, da construção, reforma ou ampliação da infraestrutura.
- Fazer uso da tecnologia da informação avançada, além da gestão compartilhada entre os entes federados.
- Investir em Sistemas Integrados e

Inteligentes de Gestão da Saúde para fortalecer a gestão do sistema de saúde, de forma consequente e profissional, utilizando-se de indicadores e tecnologia da informação (TI) para tomada de decisões estratégicas em saúde.

- Adotar melhores práticas de gestão, promovendo atividades de educação permanente, baseadas em protocolos com as melhores evidências disponíveis aos gestores, aos trabalhadores e aos prestadores de serviços para que seja usada adequada metodologia para qualificar os diferentes processos do cuidado em saúde para que se possa colocar o paciente certo no local certo, no momento certo, nas mais diferentes especialidades da área da saúde. Dessa forma, será possível otimizar a alocação de recursos, melhorando o gerenciamento de ofertas e demandas e diminuindo o tempo de espera para o cuidado continuado as consultas, exames e procedimentos.

- Instituir o Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde, com base em um sistema que congregue informações importantes e determinantes e condicionantes em saúde, com objetivo de tomar decisões estratégicas, para se obter resultados para melhorar a saúde da população.

- Avançar na informatização da saúde, investir na arquitetura de software centralizada que possibilite a todo estabelecimento ou profissional de saúde acesso às informações referentes aos cidadãos atendidos em nosso território. Com o SUS Conectado, todo cidadão gaúcho terá seu prontuário acessado por um profissional de saúde em qualquer município do Rio Grande do Sul, de maneira que ele terá acesso a todas as suas evoluções, exames, medicamentos, vacinas, e qualquer tipo de atendimento de forma unificada.

- Facilitar o acesso da população à atenção primária em saúde com qualidade e humanização, com profissionais qualificados e

exames complementares que atendam aos protocolos dos atendimentos da Atenção Primária, além de equipamentos médico-hospitalares essenciais.

- Incentivar, através da rede de atenção primária, o cuidado e hábitos saudáveis, que reduzam a busca por atendimento clínico. Esse fortalecimento se dará através da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

- Ampliar as ferramentas para controle e monitoramento, reduzindo os altos índices do RS mediante a qualificação da rede estadual de Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Profilaxia das pessoas e seus contactantes, principalmente que vivem com DST/AIDS, Tuberculose, Hanseníase e Hepatites.

- Ampliar a rede especializada de cuidado em saúde mental, com estímulo ao aumento dos Centros de Atenção Psicossociais, ampliação no número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, matriciamento em saúde mental para os profissionais da rede de atenção primária para qualificar os trabalhadores para humanização do cuidado de pessoas nessa situação, além de tentar captar precocemente para o tratamento, articulando-se especialmente com as famílias, instituições de ensino e ambientes de trabalho.

- Qualificar a regulação de modo que esteja organizada em uma estrutura operacional voltada para garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; garantir os princípios da equidade e da integralidade.

- Fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação.

- Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; construir e viabilizar as grades

de referência e contrarreferência.

- Capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nos diferentes pontos da rede de cuidado em saúde.
- Subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde.
- Subsidiar o processamento das informações de produção.
- Subsidiar a programação pactuada e integrada.
- Ampliar a capacidade e a logística do Sistema de Regulação Estadual promovendo integração on-line com as demais regulações municipais e os Núcleos Internos de Regulação dos Hospitais que tem contratualização direta com o Estado do Rio Grande do Sul ou mesmo com qualquer um dos 497 municípios gaúchos.
- Expandir e buscar a qualificação da rede pública em parceria com a rede privada.
- Aprimorar o monitoramento e a avaliação dos processos de gestão dos serviços regionalizados e contratualizados e deve estar mais próximo dos municípios, que é onde acontecem os cuidados de saúde e articular e harmonizar as relações entre os conselhos (de Saúde e de Secretários de Saúde...), os órgãos de classe e a sociedade civil.
- Qualificar a força de trabalho de profissionais da saúde, do apoio a pesquisas e produção científica em rede que resultem em soluções inovadoras para saúde humana (como o Projeto TELESSAÚDE), animal e ecossistemas.
- Apresentar linhas de crédito e incentivos para ampliação e construção de serviços modernos e otimizados que resultem em um melhor acesso à saúde.

- Discutir com os Conselhos de Saúde, Conselho de Secretários de Saúde a Associação de Prefeitos para promover uma redistribuição dos leitos já existentes, aproveitando as estruturas em funcionamento, especialmente no interior.

- Avançar nas renegociações das pactuações regionais em parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde, fortalecendo as redes de atenção à Saúde e as formas de regimentos do SUS, baseadas em critérios técnicos e administrativos, em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

- Reestruturar o processo de trabalho do complexo regulador, priorizando a utilização da ferramenta da Telerregulação que tem como objetivo auxiliar os profissionais ligados às Equipes de Saúde para alcançar maior autonomia e capacidade resolutiva.

- Promover melhoria do acesso e da qualidade do atendimento na rede de urgência e emergência, através da modernização, da readequação e da melhoria do quantitativo de recursos humanos, criando condições para a implantação do Plano de excelência de atendimento.

- O perfil de funcionamento desses serviços deve ser integrado a um modelo assistencial que incorpore a promoção e a prevenção, a atenção primária em saúde, o pré-hospitalar móvel, as UPAS, as portas de entrada hospitalares de urgência, as enfermarias de retaguarda aos atendimentos (leitos clínicos resolutivos, unidades de cuidado intensivo e leitos de longa permanência), as inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e trauma) e o Programa Melhor em Casa, além de garantir acesso rápido a exames e implantação do acolhimento com classificação de risco, orientado para o atendimento do paciente no menor tempo, priorizando a gravidade, e não a ordem de

chegada, possibilitando, de forma ágil e efetiva, prover os cuidados necessários ao tratamento. Este processo, obrigatoriamente também passa pela qualificação da rede de referência e contrarreferência, entre as estruturas de saúde de diferentes complexidades, organizando e aprimorando os critérios de encaminhamentos com agendas entre as unidades.

- Qualificar os serviços de assistência farmacêutica, o desenvolvimento e a valorização de recursos humanos, além da garantia de acesso e promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo, atendendo aos preceitos da Portaria MS nº 3.916/98, que institui a Política Nacional de Medicamentos. Nesse sentido, a Relação de Medicamentos Essenciais gaúcha deve integrar-se com as dos municípios.

- Organização: a gestão da assistência farmacêutica no Estado do Rio Grande do Sul deve ser organizada de forma hierarquizada e descentralizada, não esquecendo da eficácia, da segurança e especialmente da agilidade para que deixe de faltar medicamentos que levam as pessoas a reinternações desnecessárias e aumentam a demanda nas portas de emergências e especialmente o gasto e retrabalho no SUS. A nova organização deve estar atenta a todas as fases para adequada Assistência Farmacêutica em nível estadual, desempenhando suas funções de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos; o trabalho desempenhado pela assistência farmacêutica estadual deve estar relacionado diretamente aos processos de gerenciamento da informação e dos recursos humanos, promoção do uso racional de medicamentos e às ações de fármaco-vigilância, garantindo o uso racional de medicamentos e o acesso da população a medicamentos eficazes e seguros.

- Coordenar as ações de vigilância em saúde no âmbito de seus limites territoriais e de

acordo com a média e alta complexidade, contribuindo para uma maior racionalidade do atendimento integral.

- Evitar que as pessoas ou famílias tenham que recorrer ao poder judiciário para ter suas necessidades de saúde atendidas. Para isso a Defensoria Pública, Ministério Público e Ordem dos Advogados do Brasil, em conjunto com a Secretaria de Saúde do Estado e os municípios precisam dialogar através de uma Câmara de Mediação para atuar no sentido de evitar ações judiciais, que são mais onerosas e desgastantes para todos envolvidos. O desafio é conseguir distinguir uma ação judicial em que o Estado ou o Município deveria efetivamente fornecer determinado procedimento e não o faz, daquela que ainda precisa mais evidências científicas, como é o caso de alguns medicamentos que não estão autorizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou ainda, procedimentos no exterior que poderiam ser feitos no país.

- Criar uma relação direta com o Poder Judiciário: Em face das crescentes demandas judiciais e dos seus impactos significativos no Sistema Único de Saúde é fundamental a aproximação da Secretaria Estadual de Saúde, em conjunto com os municípios, do Poder Judiciário para construção de normas técnicas que venham ao encontro do interesse individual à saúde, como é colocado pela constituição brasileira, mas também entender o interesse coletivo de decisões que podem deixar tantas outras pessoas e famílias sem acesso aos cuidados necessários.

- Oficializar um grupo de trabalho, com apoio das universidades e seus grupos de pesquisas, para elaboração de notas técnicas e pareceres com base nas melhores evidências científicas, que subsidie o judiciário nas suas decisões na hora de conceder tratamentos.

- Criar uma força tarefa dos três Poderes

(Executivo, Legislativo e Judiciário) em conjunto com o Controle Social, a iniciativa privada, que através dos planos de saúde sofrem com atitudes fraudulentas, e as universidades para promover medidas que inibam a cobrança de preços indevidos e práticas ilegais em procedimentos de alto custo especialmente. Para isso, é necessário a adoção e publicização de protocolos clínicos com indicação clara do uso de cada procedimento ou material e discutir junto ao Ministério da Saúde.

Rondônia

Marcos Rocha (PSL)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/RO/2022802018/220000625838//proposta_1534426989587.pdf

Investimento público forte em Tecnologias da Informação – TI, permitindo a gestão dos serviços de saúde. 2. O novo modelo de gestão da saúde baseado na criação de integração de redes; dentre outras.

Roraima

Antonio Denarium (PSL)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/RR/2022802018/230000609415//proposta_1534369631790.pdf

Garantia de melhoria efetiva em curto espaço de tempo dos principais processos de gestão na saúde pública estadual com priorização: ü Atenção Especializada de melhor qualidade, participação da comunidade por meio de conselhos ou de algum outro agrupamento representativo, dando maior visibilidade as decisões dos gestores.

Diminuição de tempo de espera nas filas,

exames e cirurgias eletivas.

Oferta de um atendimento mais humanizado, adoção em cada unidade de saúde princípios de humanização entre os profissionais, as equipes e os gestores em sua rotina inteira.

Melhoria em relação à acessibilidade a medicamentos.

Melhoria na relação entre médicos e usuários, construir uma relação e qualidade na interação entre médicos e usuários do serviço é preciso que os profissionais vão além, sendo capazes de lidar com os aspectos emocionais dos cidadãos.

A. EXTENSÃO DO HGR

Instalar equipamentos e adequar à extensão do HGR, de forma imediata, para que todos os leitos sejam destinados ao atendimento de média complexidade.

B. CLÍNICA DA MULHER

Construção de clínicas especializadas em atendimento para mulheres por região estratégica com diversas especialidades visando apoio a gravidez precoce, pré-natal de alto risco, patologia do trato genital, combate às infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e exames de rotina. Inserindo-se, também, palestras e treinamento para prevenção e diagnóstico precoce de doenças como câncer de mama, câncer do colo uterino e IST's, dentre outras.

C. REMÉDIO LEGAL

Regularização do abastecimento e aquisição de medicamentos e insumos em tempo hábil para todo o estado, quando necessário, através das FURP (Fundação para Remédios Populares) que hoje oferece inúmeras vantagens a preços módicos de medicamentos de alta qualidade e garantia de originalidade, além da transparência da operação, eliminando a propina e corrupção.

D. HOSPITAL MATERNIDADE

Ampliação e modernização da estrutura do HMINSN – Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré – para melhor atendimento às mulheres promovendo: ü Ampliação do número de leitos;

Reforma de estrutura física; ü Criação da UTI materna, credenciando-a;

Ampliação da UTI neonatal, credenciando os leitos existentes e os vindouros;

Inserção da analgesia de parto para alívio da dor das parturientes que desejarem;

Ampliação e modernização das salas de parto vaginal, com a inserção efetiva do parto na banheira e de métodos não farmacológicos de alívio da dor;

Ampliação e modernização do centro cirúrgico, para promover realização de mais cirurgias, de inserção de novas técnicas cirúrgicas como videolaparoscopia, histeroscopia, cirurgias cardíacas para o recém-nascido;

Ampliação da casa da gestante e puerpério;

Criação da casa da Mãe Canguru (mãe de prematuros extremos) como anexo a maternidade;

Criação de Enfermarias adaptadas à comunidade indígena não só no HMINSN, como em todos os hospitais do estado;

Construção do Hospital Materno Infantil em Rorainópolis – para melhor atendimento às mulheres da região Sul do Estado com número de leitos adequados, UTI materna e Neo Natal e centro cirúrgico avançado, com enfermarias adaptadas à comunidade indígena.

E. FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE

Criação de uma entidade com fins de gestão da alta complexidade de saúde do SUS, com a finalidade de promover o gerenciamento da compra de insumos e materiais, credenciamento de serviços privados e realização de convênios com Ministério da Saúde (criando grupos técnicos habilitados pra elaboração desses projetos) e outras entidades;

Esse modelo de gestão facilitará o credenciamento dos serviços de Hemoterapia, Diálise, Nefrologia, Cirurgia Geral, Hemodinâmica, Medicina Fetal, além da criação de serviço de Cirurgia Cardíaca e Videolaparoscopia no Hospital Geral de Roraima e Criação do Instituto de Medicina Tropical.

F. DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE

Criação de diretoria administrativa para atendimento aos servidores do interior e unidades de saúde, facilitando a gestão em recursos humanos, funções administrativas e gestão de materiais e insumos.

G. ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR INDEPENDENTE

Promoção de um modelo de Autonomia Orçamentária para hospitais com mais de 100 leitos, efetivando autonomia e agilidade na solução dos problemas.

H. SVO E IML REGIONAIS

Criação de Serviço de Verificação de Óbito (SVO) tanto em Boa Vista, quanto em Rorainópolis, além da ampliação do Instituto Médico-Legal (IML) de Boa Vista e criação do (IML) em Rorainópolis.

I. CAPACITAÇÃO DE SERVIDORES DA SAÚDE

Criação de um programa de educação continuada dos servidores da saúde, em convênio com a Universidade Federal de Roraima (UFRR), Universidade Estadual de Roraima (UERR) e com outras universidades, promovendo também incentivo a pesquisa. Fortalecimento da Escola Técnica do SUS para desenvolvimento de cursos técnicos;

Efetivação da transformação dos Hospitais do estado em Hospital Escola.

Santa Catarina

Moisés (PSL)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/SC/2022802018/240000609724//proposta_1534187252948.pdf.

- Investir em saúde integral com foco em prevenção, diminuindo a morbidade, sofrimentos, tempo de espera e gastos com saúde pública.
- Garantir a funcionalidade na saúde pública das pequenas localidades.
- Viabilizar o pleno atendimento, funcionamento e resolubilidade nos hospitais de referência.
- Promover a valorização dos profissionais da saúde.
- Fomentar a fixação de médicos nos municípios.

São Paulo

João Doria (PSDB)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/SP/2022802018/250000612596//proposta_1534219680547.pdf.

As ações assistenciais terão dois componentes principais: o fortalecimento da rede hospitalar do Estado e o apoio aos municípios no atendimento dos procedimentos de média e alta complexidade. Para efetivação destas ações, faz-se necessária a utilização dos recursos mais atualizados de tecnologia da informação e da comunicação. Estes recursos deverão ser aplicados em diversos níveis de ação, especialmente naqueles onde há interface direta com o cidadão. O gerenciamento

de dados clínicos, a telemedicina, a gestão do acesso, da referência e da contra referência são componentes importantes para a boa assistência da saúde e que dependem de tecnologia. A rede hospitalar composta pelos hospitais próprios do Estado, pelos hospitais geridos pelas OSSs e pelas Santas Casas conveniadas deverão trabalhar em rede, de forma integrada, para que fique clara a responsabilidade de cada um, bem como a maneira pela qual os pacientes acessam cada um dos serviços. O apoio aos municípios, no que diz respeito a atenção básica, deve acontecer a partir do fornecimento de orientações, de como reproduzir os programas vitoriosos da nossa gestão municipal: Corujão da Saúde (exames e cirurgias), programa Dr. Saúde de Carretas, Programa Remédio Rápido, Projeto Redenção, Bem Estar Animal e Saúde do Idoso. O incremento das ações nos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMES) deve ocorrer a partir da criação de novos serviços e do aprimoramento dos já existentes, especialmente, no que diz respeito à otimização do fluxo assistencial nestes serviços. Outra prioridade será a manutenção e melhoria dos programas já existentes no Estado, tais como Dose Certa, Farmácias de Alto Custo, FURP e os Institutos (Butantan, Pasteur, Adolfo Lutz, da Saúde e outros). Considerando a complexidade das políticas públicas de saúde, cabe ao gestor público se municiar de ferramentas e métodos capazes de enfrentar os problemas que a realidade apresenta. Com tecnologia e capacidade gerencial, seremos capazes de propor soluções criativas e inovadoras, respeitando o princípio da economicidade e da transparência, atributos essenciais da administração pública.

Sergipe

Belivaldo (PSD)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/SE/2022802018/260000623573//proposta_1534345022625.pdf.

- Construção do Hospital do Câncer de Sergipe – HOSE, Governador Marcelo Déda Chagas, por necessidade complementar a oferta atual;
- Implantar o Centro Especializado em Reabilitação – CER IV;
- Fortalecer a política estadual de educação permanente nos três níveis de atenção à saúde, tendo o trabalhador do SUS como prioridade;
- Fortalecer a política de atenção primária em saúde;
- Promover a implantação da política estadual de atenção especializada;
- Implantar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de Sergipe;
- Fortalecer a política de atenção hospitalar e urgência, com foco na regionalização e otimização da prestação de serviço para população;
- Fortalecer a Política Estadual de Regulação, com foco na transparência das listas de espera do SUS;
- Fortalecer a política de Vigilância e promoção em Saúde;
- Descentralizar e fortalecer as ações de Vigilância sanitária nos 75 municípios do estado.
- Promover campanhas institucionais de utilidade pública, com foco na educação em saúde;
- Implantar e operacionalizar o Centro de Informações e Decisões Estratégicas em saúde;
- Fortalecer a Participação Popular – Conselhos, Associações, Comitês etc.;
- Implantar soluções de gestão integrada da saúde de acordo com as diretrizes do SUS;
- Informar as produções de saúde da Rede de Atenção nas suas diversas áreas e hierarquias de saúde a fim de aumentar os recursos da união na produção de saúde;
- Promover a efetivação do Planejamento Regional Integrado realizando reuniões regionais com gestores municipais efetivando a PGASS – Programação Geral de Ações dos Serviços de Saúde a partir das necessidades de saúde da população;
- Implantar painéis eletrônicos de monitoramento e avaliação de indicadores de saúde;
- Implantar a política de Economia da Saúde no estado de Sergipe, como responsável pelo uso racional e eficiente dos recursos do SUS.

Tocantins

Mauro Carlesse (PHS)

http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/TO/2022802018/270000618815//proposta_1536069378992.pdf

O sistema de atendimento a saúde do povo tocaninense precisa ser amplamente redimensionado. A estrutura disponível para dar um atendimento digno as pessoas está muito aquém do necessário. As instalações existentes na maioria dos casos são ultrapassadas e carecem de maciços investimentos para se adaptarem as condições aceitáveis para um bom atendimento. Estamos providenciando um amplo estudo de todas as condições estruturais e humanas que formam o complexo desse setor no estado. É preciso ter um diagnóstico preciso para que se faça um ordenamento administrativo eficaz. A gestão de todo o sistema é fator preponderante para se alcançar

os resultados desejáveis. Inúmeras obras estão inacabadas e outras sequer saíram do papel. As dívidas milionárias herdadas pela má gestão do governo anterior colocou a saúde do estado em um ambiente extremamente caótico. As primeiras medidas de nosso Governo foram no sentido de propiciar uma volta a normalidade nas unidades hospitalares do estado e isso tem sido feito com muito vigor para que o cidadão, mesmo diante do nefasto quadro encontrado, possa garantir o atendimento que precisa para sua saúde. Encontramos cerca de 6 mil procedimentos cirúrgicos em fila para serem atendidos. Isso é uma verdadeira afronta contra a dignidade do ser humano. Tomamos a iniciativa de colocar em prática o mutirão de cirurgias que já possibilitou a drástica redução da fila de espera. Encontramos os corredores abarrotados de pacientes a espera de atendimento médico, UTIs desativadas, falta de UTIs infantil e neonatal, carência de médicos entre tantos outros problemas. Estamos buscando normalizar toda a situação encontrada neste pequeno intervalo de tempo e iremos implantar um modelo de gestão eficiente que envolve o diagnóstico preciso de toda a estrutura existente onde trabalharemos em parceria com os municípios, organizações sociais e iniciativa privada para levar até nossos cidadãos o

verdadeiro tratamento digno do ser humano.

- Zerar a fila de cirurgias eletivas na rede hospitalar do Estado, o que beneficiará diretamente cerca de seis mil pacientes.
- Construir os hospitais de Gurupi e Araguaína são metas estabelecidas em nosso Plano de Governo. Estamos buscando todos os meios administrativos para viabilizar o retorno de suas obras para que sejam agregados em médio prazo ao sistema de atendimento hospitalar do estado.
- Regionalizar outras unidades como forma de descentralizar o atendimento e melhorando o acesso das pessoas aos serviços básicos e especializados.
- Viabilizar a construção do Hospital do Amor em Palmas, em parceria com a Fundação Pio XII, para aumentar os serviços de atendimento no tratamento do câncer.
- Após o diagnóstico preciso de todo o sistema de saúde gerido pelo estado estaremos anunciando um audacioso programa denominado SIM SAÚDE que colocará nosso sistema como referência para todo o país. ■

Diagramação, editoração eletrônica e design de capa

Layout, desktop publishing and cover design

Rita Loureiro

www.apoioacultura.com.br

Normalização, revisão e apoio à pesquisa

Normalization, proofreading and research support

Ana Luisa Moreira Nicolino (revisão inglês)

Cristina Santos (apoio à pesquisa)

Luiza Nunes (normalização)

Wanderson Ferreira da Silva (revisão português e inglês)

Impressão

Printing

Gráfica e Editora Positiva LTDA.

Tiragem

Number of Copies

200 exemplares/copies

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte 90 g/m²

Cover in ensocoat card LD 250 g/m²

Core in couché matte 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-divulgacao/

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Divulgação em Saúde para Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1989) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2019.

n. 59; 27,5 cm

ISSN 0103-4383

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

