

Ministério
da Saúde



12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SÉRGIO AROUCA:

“SAÚDE: UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO – A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS”

PROPOSTAS E DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA OS EIXOS TEMÁTICOS

Apresentação

“SAÚDE: UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO – A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS”.

O Ministério da Saúde expõe o entendimento que temos sobre cada um dos dez eixos temáticos da 12ª Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca, definidos pela Comissão Organizadora, constituída pela plenária do Conselho Nacional de Saúde. Nele identificamos as lacunas e desafios a serem enfrentados e as diretrizes propostas para o avanço na consolidação do SUS e da Reforma Sanitária.

O texto representa a síntese das discussões realizadas até o momento no âmbito do Ministério da Saúde e está sendo colocado ao debate da 12ª CNS, nas etapas municipal, estadual e nacional, entendendo ser este o foro político de maior relevância para as definições que conduzirão o SUS nos próximos quatro anos.

É importante ressaltar que cada conferência municipal tem o caráter deliberativo no âmbito da política local, e ao mesmo tempo, deve contribuir para a formulação da política de saúde estadual e nacional. Isso deve estar refletido na forma em que as questões do SUS serão levadas à etapa nacional.

O processo de realização desta Conferência difere do das outras em muitos aspectos e, a nosso ver, o mais importante deles é o compromisso político deste Ministério da Saúde em acatar as orientações que expressem a vontade e o desejo da maioria dos delegados, definidas em seu Relatório Final. Estas orientações serão o norte pelo qual definiremos nossas políticas e prioridades.

Humberto Costa
Ministro da Saúde

Eixo temático I: DIREITO À SAÚDE

Introdução

O direito à saúde, afirmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, está explicitado na Constituição Federal de 1988 que define a Saúde como direito de todos e dever do Estado, indicando os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) regulamenta estes princípios, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano.

A saúde preconizada na Constituição está inspirada no debate da Reforma Sanitária Brasileira iniciado na década de 70, com sua grande expressão no resultado do intenso e participativo debate ocorrido na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Durante a década de noventa assistimos a árdua luta pela implantação do SUS, ainda que estejamos distantes de completar esta tarefa, muito se avançou. No entanto, foi gritante a insuficiência do desenvolvimento de outras políticas sociais, como de habitação, saneamento, emprego, distribuição de renda, reforma agrária, segurança, igualmente importantes para assegurar saúde à coletividade.

Saúde é qualidade de vida e, portanto, deve estar vinculada aos direitos humanos, ao direito ao trabalho, à moradia, educação, alimentação e lazer. O direito à saúde, especialmente quando examinado sob a ótica da qualidade de vida, exige também que a superação das desigualdades envolva o acesso democrático a alimentos, medicamentos e serviços que sejam seguros e que tenham sua qualidade controlada pelo poder público. Qualidade de vida implica o reconhecimento do humano como ser integral. O conceito de cidadania que a Constituição assegura deve ser traduzido nas condições de vida da população. Ressalte-se que a promoção e atenção à saúde são fundamentais e fazem parte do elenco de políticas sociais necessárias para a construção de uma sociedade justa e democrática, sendo esta a missão central do SUS.

Nesse sentido, a efetivação do direito à saúde depende do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda; cabendo, especificamente ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa.

A consolidação da saúde como direito universal constitui um desafio que vem se traduzindo no Plano Plurianual (PPA). Neste, o objetivo da Inclusão Social com Redução das Desigualdades Sociais e Regionais, bem como a Promoção e Expansão da Cidadania e

Fortalecimento da Democracia, é o que comporta a intenção de efetivar a saúde como direito.

Obstáculos e Desafios

O direito à saúde ainda não alcança toda a população brasileira. Cerca de 74% utiliza exclusivamente os serviços do SUS, enquanto 26% buscam assistência no setor de saúde suplementar de acordo com dados do IBGE (PNAD, 1998). Note-se que os serviços mais complexos e caros são também usados pelos associados do sistema suplementar, porque a oferta desses serviços está concentrada nas ações e serviços de média complexidade.

Ainda há uma extensa agenda a ser cumprida para a consolidação do direito em muitos aspectos como a qualidade e a integralidade da atenção à saúde. Serviços de baixa qualidade e dificuldades de acesso são problemas que ainda impedem que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade.

A desigualdade social que se manifesta pela crescente concentração de renda, acarretando pobreza e exclusão social, constitui um desafio para garantir os direitos de saúde da população. Este quadro exige um esforço ampliado de todos os setores da sociedade em busca de uma atenção à saúde que, além de oferecer uma maior cobertura, um dos reconhecidos avanços do SUS, assegure um tratamento com qualidade, humanizado, integral e contínuo.

Os grandes desafios para o Estado são a promoção da equidade na atenção à saúde, que reduza as desigualdades regionais e amplie a oferta de ações de saúde aos grupos populacionais mais vulneráveis, e a ampliação do acesso, de forma a garantir a universalidade.

Diretrizes

- Garantir atenção à saúde em integração ao Sistema de Seguridade Social, entendido como uma rede de proteção social às pessoas em de todas as fases da vida;
- Legitimação pela sociedade, governo e partidos políticos dos princípios e diretrizes do SUS;
- Fortalecer o papel regulador do Ministério da Saúde em todos os âmbitos nos quais são estabelecidas relações com o setor privado como dos planos de saúde, indústria farmacêutica e outros, visando a garantia do direito universal à saúde;

- Assegurar políticas sociais amplas que assegurem emprego, moradia, segurança, cultura e vida saudável, articulando-as por meio de projetos intersetoriais com o SUS;
- Criação de uma legislação, amplamente discutida com a sociedade, sobre os direitos dos usuários do SUS, garantindo a disseminação de seu conteúdo.

Eixo Temático II: A SEGURIDADE SOCIAL E A SAÚDE

Introdução

Seguridade Social é a expressão que se desenvolveu através dos tempos, vinculada aos direitos de cidadania, cuja realização somente se concretiza com a organização e mobilização de todos os segmentos da Sociedade, elevando a capacidade de negociação e formulação de pacto em torno dos direitos e interesses em conflito, contribuindo para a construção do Estado democrático, apropriado pela sociedade, e por isso, capaz de promover o desenvolvimento da nação e exercer a proteção social de todos os cidadãos. Localiza-se no âmbito da Proteção Social enquanto característica e dever básico do Estado Democrático.

O exercício da proteção social é uma tarefa e um valor da Sociedade e do Estado, necessariamente, acima da capacidade dos cidadãos comprarem os bens e serviços essenciais no mercado, e até mesmo acima da capacidade de contribuição para fundos estatais da Previdência Social, sem, contudo, deixar de incorporar estes fundos e seus gastos. É, por isso, fruto de políticas públicas que são políticas de Estado, formuladas e pactuadas permanentemente por meio da construção democrática da relação Sociedade-Estado. Estas considerações referem-se a todos os direitos sociais relacionados no artigo 6º da Constituição Federal brasileira de 1988, a saber: à Educação, à Saúde, ao Trabalho, à Moradia, ao Lazer, a Segurança, à Previdência Social, à Proteção Materno-Infantil e à Assistência aos Desamparados.

O grau de organização e mobilização da Sociedade perante a Assembléia Nacional Constituinte, em 1988, conseguiu ainda significativa vitória ao definir e estabelecer, no artigo 194, a Seguridade Social como o "conjunto integrado de ações dos poderes públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à

assistência social”, os objetivos de universalidade, eqüidade, diversidade da base de financiamento, e o caráter democrático e descentralizado da administração, dentre outros. Estava excluída a visão meramente previdenciária, limitada à viabilidade atuarial, que depende da contribuição descontada na folha de pagamento e da capacidade do fundo previdenciário financiar os benefícios. Por isso foi decidida a política pública social amparada por um orçamento da Seguridade Social detalhado no artigo 195.

O entendimento e construção do “SUS que queremos” implicam a retomada da saúde como integrante da Seguridade Social, considerada como espaço decisivo da realização dos direitos inalienáveis do Ser Humano, e que, portanto, exige a fusão de políticas de atenção em uma rede de proteção social que garanta o cuidado às pessoas, desde o nascimento até o final da vida.

A Seguridade Social, no âmbito da Proteção Social e dos direitos Sociais de cidadania, não se consolida sem uma reforma previdenciária que, ao mesmo tempo seja progressiva e eqüitativa em relação aos direitos previdenciários da massa dos trabalhadores do setor público e privado, e não ultrapasse o limite do fundo previdenciário estatal, e esse é o esforço em implementação pelo Governo. Além disso, o papel da Reforma da Previdência em curso tem o objetivo de recuperar a desejada articulação dos Ministérios da Ação Social, Seguridade Social e Saúde, garantindo a Rede de proteção Social. É nesse contexto que a incorporação pela Sociedade e pelo Estado das Reformas Previdenciária e Tributária como consequência e ferramenta de um projeto maior da Sociedade e Estado que desejamos é o caminho concreto para lá chegarmos.

Obstáculos e Desafios

A partir de 1990, o movimento mundial da Reforma do Estado, sob os objetivos do sistema financeiro, chegou ao nosso país, com grande crescimento do setor privado e do mercado na saúde e na previdência social por meio das seguradoras privadas, e um fantástico crescimento da dívida pública que impediu o crescimento dos orçamentos da área social, incluindo a Saúde. O percentual mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social destinado para o SUS, constante nas disposições transitórias da Constituição, foi desconsiderado. A destinação da CPMF para o SUS, conquistada pela mobilização do movimento da Reforma Sanitária Brasileira no Congresso Nacional surtiu efeito quase nulo com a retirada pelo Governo da época de outras fontes de financiamento para a saúde. O conceito e a prática do Orçamento da Seguridade Social foram desfigurados por sucessivas Emendas Constitucionais e Decretos Presidenciais, incluindo a extinção do

Conselho Nacional da Seguridade Social. A formulação, articulação e aprovação da Emenda Constitucional nº29 teve grande limitação na contrapartida Federal devido ao parecer da Advocacia Geral da União em 2000.

Enquanto os gastos com saúde em países com sistemas de saúde mais avançados encontram-se entre 1000 e 2000 dólares por pessoa-ano, dos quais mais de 70% de origem pública, no Brasil, chegamos a 2003, com aproximadamente 185 dólares por pessoa-ano, dos quais aproximadamente 45% de origem pública. Como se não bastasse, setores empresariais e do próprio Estado estimulam a visão de que o SUS é para os pobres, voltado para uma Atenção Básica de baixo financiamento, e de que os planos privados são para os remediados e ricos.

Contudo, o SUS é o componente da Seguridade Social no Brasil que mais tem resistido nos seus princípios e práticas. Os princípios básicos da Universalidade, Eqüidade e Integralidade orientam a construção do novo modelo de atenção à saúde e a avançada descentralização, com ênfase na municipalização com o controle da população, por meio de conselhos e conferências de Saúde, sobrevivem às intempéries destes últimos anos. A resistência ao desmanche da política pública social iniciada com a Constituição Federal, e a conquista de tantos avanços, fazem do SUS um comprovado espaço de desenvolvimento dos valores e práticas dos direitos sociais, através da realização da Universalidade, Eqüidade, e Integralidade.

Quanto ao “Dever de Estado”, inscrito na Constituição, o compromisso do Governo é o de responder ao conjunto da sociedade, com ela discutindo e deliberando políticas públicas de desenvolvimento econômico-social e de proteção social, com base nos direitos de cidadania e não o de responder à voracidade do sistema financeiro e da elite social, para os quais o direito à saúde é satisfeito com a capacidade de comprar bens e serviços no mercado, restando para a maioria da população, não mais que projetos compensatórios locais de sobrevivência, quando não, a total ausência de atenção.

Neste sentido, todos os segmentos sociais, informados e mobilizados, criarão condições de negociação, construindo um pacto social para uma reforma tributária progressiva, justas e eqüitativas, que possa viabilizar as responsabilidades de proteção social do Estado e Sociedade.

Diretrizes

- Fortalecimento do Sistema de Seguridade Social como responsabilidade do Estado e da sociedade;
- Consolidação do SUS como integrante do Sistema de Seguridade Social;
- Fortalecimento da Rede de proteção social com promoção da equidade e inclusão social;
- Mobilização pela manutenção da vinculação da receita da União, dos Estados e Municípios como base de cálculo do percentual a ser repassado à Saúde.
- Construção de um pacto entre todos os segmentos da sociedade em que sejam definidos os setores a serem mais beneficiados pelo sistema tributário, e, ao mesmo tempo, os setores que mais contribuirão nas arrecadações, pautadas pelos princípios da Equidade Social e Regional, da Justiça Social, dos Direitos da Cidadania, e da Indução do Desenvolvimento Econômico com Inclusão.
- Recomposição do Conselho Nacional de Seguridade Social como estratégia de implantar o conceito e o orçamento de Seguridade Social da Constituição Federal;
- Garantia de que o processo de Reforma Tributária contemple a manutenção e o fortalecimento da Seguridade Social nas três esferas de governo;
- Criação de Rede de proteção social, redistribuição de recursos para redistribuição de renda para a consolidação de políticas de inclusão.

Eixo temático III:

A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE

Introdução

A intersectorialidade representa uma das mais atuais e complexas discussões e por isso mesmo, estrategicamente, torna-se necessária uma reflexão aprofundada, especialmente neste momento que se tem à oportunidade de analisar os resultados e rumos da Reforma Sanitária Brasileira. Significa, primeiro conferir prioridade de Governo a problemas de saúde e, portanto, ampliar e articular a discussão da promoção da saúde e a necessária estratégia de ação baseada na articulação intersectorial.

Como prática de ação política e de gestão, a intersectorialidade parte da compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes. Para as questões de saúde torna-se mais fácil compreender esse conceito em função de que a vida se nos apresenta tecida em

conjunto. Qualquer indicador de saúde, mortalidade infantil, longevidade, índice de violência, por exemplo, reflete um amplo conjunto de variáveis inter-relacionadas. E desde o profissional de saúde até ao gestor do sistema já existe a consciência de que seu saber e sua atuação setorial são insuficientes para alcançar resultados efetivos e transformadores para esses problemas complexos e para promover a qualidade de vida da população.

Por isso o Ministério da Saúde celebra a orientação de Governo que recomenda a articulação entre os diversos Ministérios, entendendo ser esse o caminho para a consolidação da Reforma Sanitária baseada no conceito de saúde como qualidade de vida.

Obstáculos e desafios

O movimento da Reforma Sanitária adotou um outro modo de encarar as práticas do setor saúde baseada no conceito de que saúde é qualidade de vida e não apenas assistência a doenças, ainda que seja isto também. Até o presente, a Reforma Sanitária vem enfrentando muitas dificuldades para sua concretização. Uma delas pode ser traduzida como a dificuldade de construir uma prática de promoção da saúde capaz de fazer a ruptura do próprio modelo do conhecimento e de formação dos profissionais.

Como desafio, o Ministério da Saúde afirma o compromisso político com o sofrimento do outro e com o rompimento da espiral que caracteriza os processos de exclusão, engajando-se no projeto de governo de gerar condições e oportunidades de desenvolvimento social, compreendido como a apropriação mais equânime das riquezas geradas pela sociedade.

Um desafio a ser enfrentado diz respeito à baixa capacidade de argumentação apoiada cientificamente, para o convencimento dos demais setores sobre a natureza intersetorial dos problemas de saúde, acarretando uma baixa adesão destes setores aos objetivos prioritários para a saúde.

Por outro lado, a desarticulação setorial, juntamente com políticas sociais focais, implementadas nos últimos anos no setor saúde, também deve ser superada. Muitos desafios para a construção da intersectorialidade deverão ter como fonte de inspiração a observação das inúmeras experiências nas esferas estaduais e municipais, cuja orientação centrada no enfoque intersectorial, vão se constituindo em fundamentos paradigmáticos da promoção da saúde e da qualidade de vida.

Diretrizes

As diretrizes que propomos devem ser entendidas como sintonizadas e harmonizadas numa concepção e busca da intersectorialidade. E poderão ser desenvolvidas com efetividade na medida em que o debate seja estabelecido franca e objetivamente em torno da construção solidária da saúde como bem público e do SUS como propriedade coletiva:

- Recuperação e fortalecimento dos princípios da Reforma Sanitária particularmente no que diz respeito à ampliação do conceito de saúde como quantidade e qualidade de vida;
- Produção de informações científicas que fortaleçam as evidências sobre os determinantes e condicionantes intersectoriais na produção de problemas de saúde;
- Criação de mecanismos de articulação intersectorial para a promoção da saúde como quantidade e qualidade de vida;
- Criação e implementação de uma agenda intersectorial de Governo para a saúde da população brasileira, articulando Ministério do Meio Ambiente, Educação, Trabalho, Cidades, Assistência Social, etc;
- Fortalecimento da gestão democrática do SUS com co-responsabilização dos distintos setores sociais e econômicos do Governo com a saúde da população e a qualidade de vida.

Eixo temático IV:

AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS

Introdução

Constitucionalmente definiu-se o município como o responsável pela gestão de serviços e ações de saúde no seu âmbito de abrangência, com a cooperação técnica e financeira das demais esferas governamentais.

No decorrer da organização do sistema de saúde o princípio da descentralização foi sendo cumprido, com ênfase na municipalização da saúde. Este processo foi possível, sobretudo, pela crescente participação dos atores sociais e a organização e mobilização dos gestores municipais, que passaram a ocupar espaços importantes no processo de consolidação do SUS.

A transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal passou a exigir novas competências e capacidades político-institucionais do gestor local, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macro-regional, a fim de permitir o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos.

Assim, também ganha destaque neste processo a redefinição das funções dos gestores estadual e federal, na medida em que se faz necessário uma qualificação do apoio e cooperação aos municípios, com vistas à implementação de redes de atenção.

A viabilização do SUS, portanto, requer a instauração de processos de concertação entre as três esferas de governo, a clara definição de competências comuns e específicas de cada ente, uma adequada repartição dos recursos financeiros, mecanismos mais efetivos à integração de ações e condições políticas para o exercício de ações coordenadas e de cooperação.

A municipalização da saúde, entretanto, não foi acompanhada de uma reorganização das funções do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de saúde para fazer valer a responsabilidade de coordenação do sistema no âmbito dos estados, denotando uma limitação político-institucional que dificultou o processo de reconstrução de serviços e práticas de saúde e requereu a constituição de novos espaços e processos de gestão.

A constituição e funcionamento das Comissões intergestores no âmbito estadual (CIB) e nacional (CIT), a partir de 1993, tem desempenhado um papel decisivo na negociação dos conflitos entre os gestores, viabilizando pactos importantes à consolidação do SUS. Contudo, intensificaram-se os conflitos com os Conselhos de Saúde que perceberam uma subtração de suas competências nesse processo de pactuação.

A persistência dos conflitos e das disputas pela gestão dos recursos e pela gerência dos serviços tem dificultado a cooperação necessária ao processo de hierarquização e regionalização dos serviços e ações, em prejuízo da eficiência, eficácia e efetividade do sistema. A diretriz do comando único no âmbito municipal tem sido implementada em meio a muitas contradições e é ainda restrita ao controle sobre os recursos alocados nos serviços situados no território municipal.

Os 15 anos de história do SUS têm sido marcados por muitos avanços político-institucionais e por significativas conquistas no campo do direito à saúde. Consolidaram-se importantes redes assistenciais e se melhorou o acesso aos serviços com a expansão da atenção básica na maioria dos municípios. Porém, são muitos os desafios a enfrentar no campo da gestão do sistema.

Obstáculos e desafios

O primeiro desafio diz respeito à falta de clareza para os usuários, acerca da responsabilidade pela garantia do direito à saúde. As definições legais, as normas e os pactos têm se mostrado insuficiente na definição dos papéis das Unidades Federadas, comprometendo o desempenho da gestão descentralizada do sistema.

A regulamentação e a atualização da legislação sobre o SUS e a contínua atualização das normas que orientam seu funcionamento, com base na experiência acumulada, bem como a valorização e o fortalecimento do Controle Social, podem contribuir para superar as lacunas existentes e melhor definir as responsabilidades sanitárias e os mecanismos de responsabilização dos gestores nas três esferas de governo.

Um segundo desafio refere-se ao aprimoramento dos mecanismos legislativos e de gestão capazes de efetivar as responsabilidades comuns de formulação de políticas, de planejamento, de coordenação e de avaliação do sistema nas três esferas de governo, incluindo os mecanismos de interação e de co-gestão que possam lidar com os conflitos presentes nesta relação.

Outro desafio que se apresenta ao debate na gestão do SUS refere-se ao tema da regionalização e do fluxo de pacientes no sistema. O equacionamento dos problemas associados ao atendimento aos cidadãos que buscam atenção fora dos limites territoriais em que residem, município ou o Estado, continua sem solução adequada. Temos que enfrentar as razões que levam a migrações injustificadas e avançar na organização regionalizada do sistema.

Assim, para que o SUS possa ser efetivo no que se refere à integração e coordenação das ações, em vista da integralidade almejada, torna-se imperativo promover um relacionamento fundado na cooperação entre os entes federados, assentado em bases jurídicas sólidas, que potencialize os recursos e integre as iniciativas de forma a responder com oportunidade às demandas e às necessidades de saúde da população.

Diretrizes

- Superação do processo burocrático-normativo, que tem pautado a ordenação de atribuições e responsabilidades no processo de habilitação à gestão de municípios e estados, com vistas à formalização de contratos em que se explicitem

responsabilidades, objetivos e metas sanitárias socialmente construídas e passíveis de avaliação;

- Instituição de processos permanentes de avaliação do desempenho do Sistema de Saúde nas três esferas de governo;
- Dinamização e ampliação do processo de negociação e pactuação vigente nas comissões intergestores, propiciando o avanço na regionalização da saúde, atendendo os requisitos de racionalidade econômica e de efetividade na atenção, respeitadas as diversidades regionais;
- Revisão dos mecanismos de alocação e repasse de recursos para reorientar a gestão e os modelos de atenção vigentes;
- Regulamentação do dispositivo constitucional que trata da destinação de recursos para o setor, para precisar responsabilidades com o financiamento do sistema e definir as modalidades do gasto sanitário;
- Incentivo à participação cidadã e à utilização dos instrumentos legais disponíveis para o controle social e efetivação de compromissos e responsabilidades entre os gestores, em sintonia com as mudanças desejadas para a construção do “SUS que queremos”.

Eixo temático V: A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Introdução:

Redirecionar o modo de se fazer saúde no Brasil talvez seja o maior desafio do novo governo na área da saúde. Herdeiro de um modo de fazer baseado na lógica da realização de procedimentos, centrado nos hospitais e que maximiza a tecnologia, o modelo atual tem como resultado uma fragmentação do cuidado e a produção de resultados muito aquém das necessidades da população brasileira.

O essencial é que os modelos de atenção propostos se apoiem nas diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social, orientando e definindo como organizar as ações e serviços. Nesta perspectiva, a organização da atenção à saúde deve incluir a promoção e a proteção da saúde, as atividades de controle de risco e de regulação do mercado produtivo da saúde, bem como as ações voltadas ao controle e monitoramento das práticas, resultando em indicadores que traduzam a realidade da saúde.

Os pressupostos da organização dos serviços devem ser a reorganização dos processos e práticas com garantia do acesso e acolhimento aos usuários; a responsabilização com geração de vínculo entre profissionais e população; a integralidade na assistência; e a democratização com ampla participação de trabalhadores e usuários na gestão. Além disso, deve se observar à estratégia da hierarquização e regionalização conformando redes de serviços, a descentralização e melhoria da gestão pública com adequação à realidade local.

Deve-se levar em conta, também, o quadro de riscos e de morbi-mortalidade, a atenção a grupos populacionais mais vulneráveis, a atenção aos portadores de doenças crônicas, os custos crescentes das ações de saúde, a importância da incorporação tecnológica, a metodologia e tecnologias de educação e a promoção de hábitos saudáveis, entre outros.

O modelo de atenção para o SUS deve buscar respostas para o enfrentamento das atuais necessidades de saúde, levando também em consideração os problemas futuros agravados pela contínua transição demográfica e pelas evidências que apontam para uma sociedade mais violenta, com mais idosos e menos jovens. Nesse sentido, devem-se considerar também os desafios para a saúde relacionados ao risco do consumo de produtos, à exposição a fatores ambientais de risco e, particularmente, às condições inadequadas de habitação e saneamento básico. Para tanto, faz-se necessário construir uma nova relação com os municípios por meio de pactos entre as esferas de governo, quanto às prioridades, metas, caráter indutor de repasses financeiros e definição de responsabilidades.

Diretrizes

Para responder à organização de modelos de atenção capazes de responder a essa complexidade, é necessária a articulação entre as três esferas de governo na estruturação e implementação de uma rede baseada nas seguintes diretrizes:

- Ampliação do acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, com fortalecimento da rede pública possibilitando, ao mesmo tempo, mudanças essenciais no modelo de atenção;
- Implantação da atenção básica, tendo o Programa de Saúde da Família como estratégia estruturante da rede de serviços, baseada nos pressupostos citados

acima e que contemple os aspectos da promoção e da resolução da grande maioria dos problemas de saúde da população, fortemente articulada com o planejamento local e regional;

- Desenvolvimento de políticas específicas direcionadas a grupos vulneráveis buscando o princípio da equidade;
- Estruturação de serviços de média complexidade que sejam complementares à atenção básica garantindo a sua resolutividade e qualidade;
- Estruturação de uma rede de urgência e emergência, da pequena à grande urgência, passando pelos serviços pré-hospitalares, articulada à rede geral de serviços de saúde;
- Estruturação de um setor de alta complexidade que rompa com o princípio da oferta e se oriente pela demanda gerada pela necessidade. Isso significa mudar a lógica de financiamento da produção de procedimentos para uma lógica de cuidado com o usuário;
- Estruturação da atenção hospitalar, com mudança da demanda espontânea aos hospitais, em uma perspectiva de articulação e complementaridade da rede de serviços, adequando os pequenos hospitais aos sistemas locais de saúde e modificando sua forma de financiamento;
- Desenvolvimento da gestão dos riscos relativos aos produtos e processos de interesse para a saúde e garantia da qualidade e segurança das tecnologias de saúde e uso racional;
- Intensificação das ações de vigilância em saúde, com a articulação das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.

Eixo temático VI: GESTÃO PARTICIPATIVA

Introdução

A maior inovação introduzida pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo SUS foi à ampliação decisiva do processo de formulação e controle da Política Pública de Saúde, envolvendo governo e sociedade.

Esta inovação, cria a possibilidade e, simultaneamente, institui os mecanismos para a gestão participativa cujo objetivo é agregar legitimidade às ações de governo, criando sustentabilidade aos programas e políticas propostas.

Os espaços institucionais de gestão compartilhada da saúde são os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde que, nos últimos anos, têm provocado grande transformação no processo político-institucional. O processo de controle social realizado pelos Conselhos de Saúde nos municípios, nos estados e no âmbito nacional, ao determinar uma nova dinâmica de participação popular em saúde, vem implementando, com consistência, um dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira, que é o Controle Social do SUS.

Assim é que, o processo de redemocratização da sociedade brasileira traz a característica da inclusão de novos atores políticos e, no setor da saúde, o seu aperfeiçoamento pode se dar através do desenvolvimento e da implementação de práticas de reconhecimento, da escuta e interlocução com os cidadãos usuários do SUS.

Desta forma, o SUS contribuiu para uma visão ampliada de cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres, diferente de uma mera visão de consumidor de bens e serviços.

A descentralização da gestão e da execução das ações de saúde proposta pelo SUS, está fundamentada no pressuposto da gestão participativa ao garantir maior poder à esfera municipal. Nesse sentido, fica identificado o espaço para a construção de uma rede de participação social de grande capilaridade entrelaçando os diferentes níveis de gestão em saúde, articulada ao conjunto das outras esferas.

Outro componente estratégico da gestão participativa é aquele que, voltado ao funcionamento de cada instituição do SUS, promove maior participação dos profissionais e funcionários, gerando ambientes solidários e novas possibilidades dos vínculos institucionais dos trabalhadores.

Obstáculos e desafios

O desenvolvimento do processo de implantação dos mecanismos institucionais de controle social do SUS, possibilitou avanços significativos na gestão participativa realizado sob enfrentamento de obstáculos importantes. O mais importante destes, esteja talvez relacionado à diluição do poder do gestor ao submeter ao Conselho, suas decisões e ações. O caráter deliberativo do Conselho, condição essencial para a efetividade do controle social, ainda não é exercido na maior parte dos nossos municípios e estados.

A diversidade das condições de organização dos Conselhos de Saúde e de sua articulação com os movimentos sociais organizados, base de sua representação,

contribuem para retardar a consolidação do processo de controle social na saúde. Alia-se ainda as grandes diversidades locais e regionais referidas às necessidades de atenção da população, e as condições institucionais e administrativas do conjunto de municípios e estados.

Como lacuna, identifica-se a ausência de outras formas de participação, diversificando e construindo novas modalidades de interlocução entre usuários e gestores. Do lado da gestão executiva do SUS, não há uma cultura de transparência na gestão pública na difusão de informações. Por outro lado, a precária existência de estruturas de escuta do cidadão usuário como é o caso das Ouvidorias do SUS ainda não informam suficientemente aos movimentos sociais organizados e seus representantes institucionais, para qualificar sua atuação no controle social.

A produção de indicadores de saúde e sua ampla divulgação, deve ser entendida como um importante instrumento de gestão pública, além de ser um instrumento que confere transparência à gestão permitindo a fiscalização e o controle por parte dos movimentos populares. É indispensável para o exercício da democracia, que os movimentos sociais organizados sejam capazes de compreender as implicações dos riscos sanitários e não apenas as demandas pela assistência, na conformação do direito à saúde.

Outro aspecto problemático na ação dos Conselhos refere-se à representatividade e legitimidade dos representantes instituídos como conselheiros nas suas relações com seus representados. A legitimidade como processo permanente, está assegurada na discussão das necessidades e anseios das pessoas representadas no Conselho ou seja, o conselheiro para ser legítimo em sua ação deve promover constante troca de informações entre sua comunidade representada e o Conselho onde atua. Não sendo assim, a legitimidade não ocorre e a representatividade fica também prejudicada.

Ainda no campo das lacunas identificadas, as condições de infra-estrutura e operacionais dos Conselhos de Saúde são caracterizadas no seu conjunto, como de grande precariedade. Esta situação impede uma melhor performance dos conselhos e impossibilita uma maior articulação dos mesmos consolidando um desejável formato de rede de controle social.

O desafio parte do reconhecimento da importância dos mecanismos institucionais de gestão participativa nas políticas públicas, em geral e de saúde em particular, como

forma de politizar e legitimar a ação de governo. Em decorrência, deverão ser criadas as condições para superação da situação atual existente para todo o conjunto de atores envolvidos. De pronto, trata-se de qualificar o controle social do SUS por meio do fortalecimento dos Conselhos de Saúde e da ação sinérgica e inclusiva junto aos movimentos sociais organizados.

Por outro lado é necessário criar mecanismos eficientes de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das Ouvidorias do SUS. Por fim, a publicidade e transparência dos mecanismos de prestação de contas e dos relatórios de gestão, contribuem para uma perspectiva de administração pública comprometida com a participação popular e voltada para o cidadão.

Diretrizes

- Construção de um pacto entre gestores e conselhos de saúde nas esferas municipal, estadual e nacional voltado ao desenvolvimento de ações para apoio e fortalecimento do controle social, garantindo a estrutura física adequada e os recursos necessários para o funcionamento dos conselhos;
- Desenvolvimento de mecanismos de difusão de informações a partir de amplo trabalho de comunicação social com os diferentes meios existentes, visando informar a população sobre os Conselhos de Saúde, seu papel, sua composição, suas bases de representação e sua importância decisiva para a legitimação das políticas de saúde e do SUS;
- Adoção e implementação de uma política de informação e comunicação entre os Conselhos de Saúde articulada ao âmbito local, regional e nacional, ampliando o diálogo destes com o governo, favorecendo a qualificação da participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde;
- Desenvolvimento de um processo de monitoramento do controle social no país incluindo a realização de estudos e levantamentos que permitam conhecer as condições da ação do controle social da saúde no Brasil e a criação de uma rede articulada de conselhos.
- Definição e implementação de uma política nacional de Ouvidoria do SUS, de forma a organizar e apoiar as estruturas de escuta do cidadão usuário do SUS nas três esferas de governo. Esta política deve ampliar os canais de

relação e participação de escuta ao cidadão, modificar o caráter, a eficiência e funcionamento das ouvidorias que, além de estar voltada a resolução pronta dos problemas denunciados, seja também geradora de informações para apoio e qualificação da gestão em saúde;

- Criação de Legislação em Defesa do Cidadão usuário do SUS a partir do desenvolvimento de amplo processo de discussão com a sociedade e com o Poder Legislativo;

Eixo temático VII: O TRABALHO NA SAÚDE

Introdução

A gestão do trabalho e da educação na saúde é uma competência constitucional e legal dos gestores do SUS. Os trabalhadores de saúde têm que ser entendidos como autores fundamentais da implementação do SUS. Os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área de saúde, eles fazem a saúde. Saúde se faz com gente.

A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assume seu papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação e desenvolvimento do trabalho em saúde e do planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no Brasil, levando em conta os princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS).

Obstáculos e Desafios

Em relação ao trabalho no SUS, principalmente nos últimos oito anos, foi incentivado o estabelecimento de relações precárias de trabalho, que burlam o valor social do servidor público como agente do Estado Democrático para a proteção social da população, assim como os direitos conquistados pelos trabalhadores na Constituição de 1988.

Cabe ao Ministério da Saúde a proposição, acompanhamento e execução de política de gestão do trabalho e de regulação profissional, de negociação do trabalho em saúde junto com os segmentos do governo e dos trabalhadores, e o incentivo à estruturação de

uma política de gestão do trabalho na esfera estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o SUS.

Estas ações serão realizadas em um processo de discussão e pactuação entre os gestores do SUS, trabalhadores da saúde e suas entidades representativas e sindicatos, através da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e a Câmara de Regulação.

A educação técnica, de graduação e pós-graduação, em saúde, geralmente, não estão voltadas para as necessidades de saúde da população e de organização do SUS. O enfoque é, geralmente, biologicista, centrado no procedimento e hospitalocêntrico. Não existe um processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde e o incentivo ao trabalho e a educação em equipe. Não há o entendimento de que todos os serviços de saúde, e não só os hospitais universitários, são e devem ser locais de ensino. Geralmente o SUS acaba tendo que suprir as deficiências da formação formal com capacitações como das equipes de saúde da família.

Cabe ao Ministério da Saúde, a proposição e formulação da Política de Educação Permanente em Saúde levando em conta a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento e à recomposição das práticas de atenção, de gestão, de ensino e de controle social no setor da saúde. "Aprendizagem no trabalho: Aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho".

O avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de formar milhares de profissionais para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão, a expansão da saúde da família deixou evidentes as limitações do perfil atual de formação, como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS, sobretudo no domínio da clínica na atenção básica, no trabalho em equipes transdisciplinares e nas ações intersetoriais para garantir o exercício da atenção integral à saúde, resolutiva e de qualidade.

Para a implantação da Política de Educação Permanente é constituído o Pólo de Educação Permanente em Saúde, articulação interinstitucional, em um território, entre gestor estadual, gestores municipais do SUS, as universidades e instituições de ensino, escolas técnicas, centros formadores, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva, hospitais universitários, entidades profissionais, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, movimento estudantil e movimento social que trabalha com saúde, fortalecendo seus compromissos com o SUS.

Os Pólos devem trabalhar com a educação permanente das equipes de saúde e dos agentes sociais da saúde, com o objetivo de humanizar e qualificar a atenção. Devem ser prioridades: as equipes que atuam na atenção básica que envolverá a articulação e o

diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão, trabalhando os elementos que conferem à saúde da família forte capacidade de impacto sobre a atenção à saúde: vínculo, responsabilização, integralidade da atenção, clínica ampliada, conhecimento sobre a realidade, trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e trabalho intersetorial; à área de urgência e de emergências clínicas e traumáticas, de atenção e internação domiciliar, de atenção ao pré-natal e ao parto, de reabilitação psicossocial; a formação relativa aos principais problemas de saúde referentes ao perfil epidemiológico e demográfico da população de cada local; a formação de agentes sociais.

As mudanças voltadas para as necessidades de saúde da população e de organização do SUS no ensino de pós-graduação, graduação e educação técnica, serão incentivadas, pela articulação e inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde, pela implantação das diretrizes curriculares e pela inserção das instituições formadoras nos Pólos.

Outras duas ações estratégicas são a formação de formadores e a formação de formuladores de políticas. Um processo de formação dos formadores, que utiliza basicamente os recursos da educação à distância e possibilita ampliar radicalmente o contingente de profissionais preparados. E à formação de quadros profissionais capazes de conduzir estrategicamente os processos de mudança na formação e nas práticas de saúde.

Diretrizes:

- A gestão do trabalho e da educação na saúde é uma das prioridades do SUS nesse Governo;
- Criação e implementação de estruturas de gestão do trabalho e da educação na saúde do SUS nos estados e municípios e de Escolas Técnicas do SUS e de Escolas de Saúde Pública;
- Implementação de uma Política de Desprecarização do Trabalho em Saúde onde os vínculos trabalhistas e previdenciários não são respeitados;
- Plano de Carreira, cargos e salários do SUS, o trabalho no SUS passe a ser encarado como Carreira de Estado;
- Desenvolvimento de ações e criação de instrumentos que visem à humanização das condições e das relações de trabalho e entre profissionais e usuários;
- Implantação de Mesa Nacional, Estaduais e Municipais Permanentes de Negociação do SUS ligadas aos respectivos Conselhos de Saúde;

- Regulação das Profissões subordinadas às necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS;
- Implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, com o objetivo de discutir e implementar projetos de mudança do ensino formal e da educação permanente dos trabalhadores de saúde, agentes sociais da saúde e gestores;
- Incentivo à mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atenda as necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS;
- Abertura de cursos na área de saúde subordinada à necessidade de profissionais e de especialistas de acordo com as características regionais, sociais, econômicas, epidemiológicas, demográficas e com as novas orientações para a organização da atenção à saúde;
- Implantação de residências integradas em saúde, serviço civil profissional e estágio de vivência no SUS;
- Incentivo aos processos de educação popular dos movimentos sociais, da participação e do controle social na Saúde.

Eixo temático VIII : CIÊNCIA E TECNOLOGIA E A SAÚDE

Introdução

A partir do início dos anos 50, em particular nas últimas três décadas, o Brasil logrou construir um parque de pesquisa muito expressivo em termos comparativos com os países de industrialização mais recente. O modo como foi construído acompanhou, em vários aspectos, o modelo de industrialização brasileiro em sua etapa de substituição de importações. Algumas de suas características básicas atuais – horizontalidade, baixa capacidade de indução e imaturidade do componente tecnológico – estão muito vinculadas aos padrões daquele modelo.

O esforço realizado pelo Brasil no terreno da pesquisa em saúde é admirável. No plano histórico, ela é a mais antiga e a que acumula as maiores contribuições em nível mundial. Hoje em dia, em termos setoriais, é a que detém o maior número de pesquisadores, linhas e grupos de pesquisa ativos.

Apesar de evoluir desde os anos 50, as prioridades de pesquisa ainda não estão em consonância com a resolução final da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, ocorrida em 1994, que estabeleceu que “a política de pesquisa em saúde é um componente da Política Nacional de Saúde”.

É indispensável modificar este panorama e o momento atual é altamente estimulante a fazê-lo. Existe um governo novo no tempo e nas idéias, comprometido com o aprofundamento da Reforma Sanitária e com a missão de incorporar a questão da pesquisa em saúde na agenda desta Reforma. Trata-se, portanto, de colocar a pesquisa em saúde em outro patamar político, orçamentário e financeiro, a partir de uma política pública explícita.

Esse processo começou durante a transição governamental, com a decisão de criar a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde, incorporando as áreas de ciência e tecnologia, assistência farmacêutica e economia da saúde.

Em julho de 2003, foi instituído o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde, cuja missão principal é promover maior convergência entre as necessidades de saúde da população, expressas na Política Nacional de Saúde, e as produções científicas, tecnológicas e a inovação realizada nas universidades, institutos de pesquisa e empresas. Nessa perspectiva, iniciou-se o processo de construção da política de ciência e tecnologia em saúde e da agenda de prioridades de pesquisa em saúde. Ambas visam o aumento da equidade e o fortalecimento dos padrões éticos das ações de ciência e tecnologia em saúde.

A Política de Ciência e Tecnologia em Saúde implica analisar o esforço nacional de ciência e tecnologia como um componente setorial do sistema de inovação brasileiro. Essa política deve dar conta das dimensões da cadeia do conhecimento e dos atores envolvidos na pesquisa em saúde em função da complexidade dos processos de produção de conhecimento científico e tecnológico neste setor.

Obstáculos e desafios

Uma agenda de pesquisa prioritária, para ser bem sucedida, deve decorrer do consenso político e técnico entre os múltiplos atores que operam a pesquisa em saúde. Da mesma forma, no atual momento de aceleração da revolução científica, necessita-se contemplar a crescente intersectorialidade do panorama sanitário. Nela devem, portanto, ser considerados aspectos tão díspares e relevantes quanto as doenças e os agravos, os fatores de risco, os impactos ambientais e laborais no desgaste da saúde humana, o

aspecto epidemiológico e demográfico, o complexo produtivo da saúde (medicamentos, vacinas, hemoderivados, equipamentos), entre outros.

Há que considerar também, a necessidade de se aprofundar os mecanismos de cooperação e coordenação intragovernamental, cuja debilidade tem sido um fator de perda da eficiência das ações no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde. No plano federal, adquirem especial relevo às relações com o Ministério da Ciência e Tecnologia e o fortalecimento dos laços com os estados e municípios.

No que diz respeito ao processo de inovação tecnológica em saúde, este se constitui em problema relevante para os países, pelas pressões que exercem sobre o sistema de saúde relacionadas com o aumento dos custos, formação e capacitação de recursos humanos, atualização de instrumentos de regulação e investimentos em infraestrutura. A incorporação acrítica e o uso inadequado das tecnologias implicam riscos aos usuários, assim como comprometem a efetividade do sistema de saúde.

Diretrizes:

- Fomento a pesquisas científicas, tecnológicas e à inovação em saúde, visando o aumento da equidade no cuidado à saúde da população;
- Definição, desenvolvimento e implementação de padrões elevados de ética na pesquisa, na perspectiva da segurança e dignidade dos sujeitos da pesquisa;
- Apoio ao desenvolvimento tecnológico do complexo produtivo de saúde, visando à diminuição da dependência nacional no campo tecnológico e produtivo, bem como a garantia de maior auto-suficiência nos itens definidos como estratégicos para o país;
- Participação na elaboração, implementação e acompanhamento da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde em nível nacional;
- Avaliação tecnológica visando à incorporação crítica de produtos e processos, por gestores, prestadores e profissionais dos serviços no âmbito do SUS, com melhor relação custo-efetividade;
- Avaliação, incorporação e utilização dos avanços biotecnológicos no setor saúde, com ênfase na análise, gerenciamento e monitoramento de biossegurança, assim como às implicações e repercussões no campo da bioética e da ética em pesquisa;

- Fortalecimento das instituições de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S), tendo como principais eixos de atuação a capacitação de recursos humanos, implementação de infra-estrutura e disseminação de informações em C&T/S;
- Aprimoramento do sistema de revisão e aprovação ética das pesquisas envolvendo seres humanos.

Eixo temático IX: O FINANCIAMENTO DO SUS

Introdução

A implementação do SUS constitui uma trajetória de grande significado para o redirecionamento das políticas sociais no Brasil. Ao privilegiar os princípios e diretrizes já descritas anteriormente, como a universalidade, a equidade, a descentralização e a gestão participativa, passamos a trabalhar a política de saúde a partir de novos marcos, em que a garantia de direitos sociais é um eixo essencial. Isto está refletido no conjunto de prioridades definidas por todos os debates realizados desde a VIII Conferência Nacional de Saúde e mesmo antes, nos processos de mudança que embasaram a criação do SUS.

Neste período, a temática do financiamento sempre esteve presente enquanto um elemento desafiante. A motivação é óbvia: “não se faz nada sem recursos”!

O sistema de saúde brasileiro, pela grandeza do país e pelas diversas reformas por que passou, desde a sua etapa previdenciária até a atual onde o direito é universal, conforma uma necessidade crescente de recursos, ao mesmo tempo em que fica clara a perspectiva do SUS em racionalizar estes recursos, ao propor uma hierarquização e regionalização no atendimento (níveis de atenção e sistemas de referência e contra referência), a divisão de responsabilidades entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) e a mudança dos modelos de atenção (prioridade para a organização da atenção básica articulada aos demais níveis).

Todas estas propostas só podem ser viabilizadas com um forte modelo de financiamento, expresso em leis que garantam o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis; flexível, para oferecer agilidade no uso dos recursos; ao mesmo tempo em que tenha sistemas voltados para a sua transparência, garantindo o controle social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação.

Essas premissas, apesar de simples, transformaram-se num processo de luta permanente do movimento sanitário e de todos os setores da sociedade que defendem o SUS. Passamos de um modelo de financiamento baseado nas contribuições previdenciárias (INAMPS), para outro com a característica de participação de todos os entes da federação, onde cada um tem definidas suas fontes de recursos para a saúde:

Principais Fontes de Receita para o gasto em saúde da União:

- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)
- Contribuição para financiamento da Seguridade Social (COFINS)
- Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL)
- Recursos Ordinários
- Recursos diretamente arrecadados

Principais Fontes de Receita para o gasto em saúde dos Estados:

Impostos:

- Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)
- Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)
- ITCMD (Imposto sobre herança)

Transferências da União:

- Fundo de Participação dos Estados (FPE)
- Imposto de Renda Retido na Fonte (IRFF)
- Imposto sobre Produtos Industriais/Exportação (IPI)
- Lei Complementar n.º 87/96 (Lei Kandir)

Principais Fontes de Receita para o gasto em saúde dos Municípios:

Impostos Municipais:

- Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU)
- Imposto de Transferência de Bens Intervivos (ITBI)
- Imposto sobre Serviços (ISS)

Transferências da União

- Fundo de Participação dos Municípios (FPM)
- Cota-Parte do Imposto Territorial Rural (ITR)
- IRRF
- Lei Complementar n.º 87/96

Transferências do estado:

- Cota-Parte do ICMS
- Cota-Parte do IPI-Exportação
- Cota-Parte do IPVA

A obrigatoriedade das contrapartidas de cada esfera e a manutenção das fontes de forma estável esteve em compasso de espera até o ano de 2000, quando foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC 29), após amplo processo de luta iniciado com a tramitação da PEC 169, apoiado por amplos setores do movimento social. O novo texto assegura a

efetiva co-participação da União, Estados e Municípios no financiamento das ações e serviços de saúde, visando atingir percentuais de 12% das receitas para a saúde no caso dos Estados e 15% no caso de municípios.

A emenda é auto-aplicável. Suas exigências e efeitos são imediatos. Além de definir os limites mínimos de aplicação em saúde, define regras de adequação para o período de 2000 a 2004. A partir daí, os cálculos dos limites, os critérios de rateio dos recursos, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde e as normas de cálculo dos montantes a serem aplicados pela União, Estados e Municípios, serão definidos por meio de Lei Complementar que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos. Na hipótese da não edição dessa Lei, permanecerá válida os critérios estabelecidos na própria Emenda Constitucional..

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que não cumprirem os limites mínimos estabelecidos pela Constituição Federal estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que vão desde retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FEP) e dos Municípios (FPM), até a intervenção da União, bem como, a cassação de mandatos.

Os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados, obrigatoriamente por meio dos Fundos de Saúde, sendo acompanhados na sua destinação e utilização pelos respectivos Conselhos de Saúde, tanto da União quanto dos Estados, Distrito Federal e Municípios, garantindo a participação da comunidade no controle. Estas garantias já estavam definidas desde a Lei 8080 e Lei 8142.

Obstáculos e Desafios

Parte desse aparato encontra-se em discussão com as tentativas de regulamentação da EC 29 e no bojo da Reforma Tributária em curso. Certamente o dinamismo deste processo deverá trazer mudanças, pois a desvinculação de receitas tem sido uma temática permanente da pauta de governadores com o governo federal. Por outro lado, consideramos que a vinculação traz maior segurança em relação ao volume de recursos para o setor (algo como um seguro contra a instabilidade excessiva, verificada nos anos 90) e compromete as três esferas de governo no financiamento da saúde.

Existem alguns pontos em debate com efeitos diretos para a saúde por tratarem de impostos diretamente vinculados a estas receitas previstas para a saúde:

CPMF - Introdução, de forma definitiva, da contribuição sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos, que atualmente tem caráter provisório. Fixada em

0,38%, a alíquota terá possibilidade de redução gradativa até 0,08%, assim que sejam estipuladas fontes alternativas de arrecadação. Ao final, ela poderá ser preservada como instrumento de controle fiscal.

COFINS - A atual contribuição sobre receita ou faturamento poderá ser cumulativa para alguns setores econômicos, que serão definidos por lei. Propõe-se que seja cobrada sobre importações e desonerada sobre exportações.

ICMS - A legislação será unificada. A medida visa impedir a guerra fiscal entre os estados e sua cobrança será regulamentada, posteriormente, para ser realizada na origem da produção. A menor alíquota será destinada aos gêneros alimentícios de primeira necessidade, que serão definidos em lei complementar.

DRU - A desvinculação de 20% das receitas de impostos e contribuições da União seria renovada até 2007. No caso dos estados, está em debate a desvinculação das receitas também neste nível.

Renda Mínima - Estará previsto na Constituição que o Governo Federal instituirá um programa de renda mínima em convênio com os Estados, com o Distrito Federal e com os Municípios, destinado a garantir a subsistência das famílias de baixa renda.

Todas estas propostas podem ter efeito drástico sobre os recursos estáveis para o setor, nossas conquistas parciais neste campo do financiamento estão na berlinda e acompanhadas de fortes movimentos de pressão. Portanto, cabe neste momento a reafirmação de princípios e ao mesmo tempo a discussão sobre os resultados obtidos ao longo dos anos com a implantação do SUS. É sempre importante lembrar, que esta política com todas as dificuldades de aporte de recursos foi, na contramão das orientações neoliberais, uma política inclusiva e obteve resultados efetivos, medidos por índices como o IDH, mortalidade infantil, redução da incidência de AIDS etc.

Não podemos construir um olhar sobre o SUS de forma isolada do conjunto da política social e econômica, do mesmo modo precisamos tratar o SUS como uma política estruturante dentro dos marcos dos direitos sociais, sendo para isso fundamental que se observe sua sustentabilidade. Sabemos que os recursos escassos da saúde ainda permanecerão aquém das necessidades, pois estas são sempre crescentes, porém, os investimentos, a manutenção da rede assistencial, o aporte de medicamentos e insumos estratégicos, as ações de vigilância, a educação em saúde entre tantas outras, são ações que para sua efetividade precisam ter recursos estáveis e estarem associadas a um processo de planejamento estratégico que defina prioridades e racionalidade nos orçamentos que viabilizam sua execução. As despesas públicas com assistência médica

mostram uma tendência favorável à expansão dos cuidados básicos e ambulatoriais, embora uma parcela significativa do incremento de gasto se deva ao deslocamento dos procedimentos de alta complexidade e alto custo de hospitais para serviços ambulatoriais, não evidenciando um aumento significativo em investimento e em custeio para o setor.

A busca da equidade é tímida, persistindo a concentração de recursos no Sul e Sudeste, embora seja proposta a interiorização de pessoal de saúde com base na estratégia da família e nas articulações do Ministério da Saúde com Secretarias de Saúde e Universidades.

Por outro lado, os dados nacionais e regionais de cobertura e acesso das pessoas aos serviços de saúde não permitem evidenciar o cumprimento dos preceitos constitucionais de universalidade e equidade. Quando se tenta avaliar a qualidade e a resolubilidade dos serviços, essa distância aumenta.

Diretrizes

- Cumprimento da Emenda Constitucional n.º29, conforme ficou consubstanciado na Resolução CNS n.º 322/03;
- Ação vigorosa na defesa da retomada do desenvolvimento socioeconômico e da elevação da atual porcentagem do PIB destinada à saúde, incrementando, principalmente, a participação do orçamento público no financiamento do setor saúde;
- Definição da busca de equidade na alocação de recursos como diretriz essencial para a redução das desigualdades regionais existentes;
- Prosseguir com a discussão nos Conselhos de Saúde, visando a determinação de parâmetros para a elaboração de planilha de itens orçamentários, com a finalidade de proporcionar a indispensável visibilidade, sem superposições, dos seguintes conjuntos de itens: (i) custeio; (ii) investimentos; (iii) atenção básica; (iv) média complexidade; e (v) alta complexidade;
- Incremento das ações de controle e avaliação do sistema de saúde com vista a eliminar as perdas decorrentes da má utilização dos recursos;
- Reversão da atual forma de gastos com investimentos, baseada em convênios e emendas parlamentares, para um padrão de investimentos sustentado em planos diretores discutidos nos conselhos de saúde.

Eixo Temático X

Informação, Informática e Comunicação.

Introdução

No cenário mundial e no Brasil as políticas e estratégias setoriais de comunicação e informação encontram-se no eixo central das possibilidades de geração de novos processos e produtos, e de mudanças nos modelos institucionais de gestão. A 11ª Conferência Nacional de Saúde reafirmou que a comunicação, a educação e a informação são componentes essenciais para se alcançar equidade, qualidade e humanização dos serviços de saúde e fortalecer o controle social no âmbito do SUS. Suas deliberações indicam a necessidade de identificação, aprimoramento e formação de redes de informação e comunicação entre sociedade e governos.

Os sistemas de informação em saúde brasileiros tiveram um crescimento acelerado nos últimos anos, especialmente com a implementação do SUS. O trabalho coletivo de construção do Sistema de Informação do SUS, esforço da União, estados e municípios ao longo de 25 anos, tem reconhecimento nacional e internacional pelo que já tem produzido de concreto. Experiências inovadoras implementadas nos Estados e Municípios ou mesmo no caso da iniciativa federal, do Cartão Nacional de Saúde, despertam muito interesse e vêm sendo estimuladas. Mesmo assim, tais experiências ainda são insuficientes para responder às disposições da legislação atual e as crescentes demandas de gestores, trabalhadores e, particularmente, à rede de controle social.

Além disso, ao atender demandas crescentes de organismos centrais da gestão do SUS, os sistemas de informação passaram a consumir parte importante da força de trabalho em saúde, sem a conseqüente melhora da operação nos serviços de saúde. Na maioria das vezes a captura do dado é manual, implicando em re-trabalho devido aos múltiplos instrumentos de coleta e à falta de informatização do sistema. Esses múltiplos sistemas carecem de integração e de padronização para representar e compartilhar a informação em saúde.

Nesse cenário, embora seja reconhecida a importância da informação para o planejamento, o acompanhamento, o controle, a avaliação e a qualificação do sistema de saúde, ainda é pequena a contribuição que essa área vem prestando aos conselheiros de saúde, aos gestores, aos trabalhadores e à população usuária do SUS, seja na formulação de políticas ou mesmo no seu acompanhamento e avaliação. A tecnologia de informática,

mais do que o potencial da informação em saúde, ainda vem sendo o eixo norteador das iniciativas desenvolvidas.

O Ministério da Saúde está conduzindo a construção de uma Política de Informação e Informática em Saúde do SUS que integre os sistemas de informação e a infra-estrutura de informática e comunicação e oriente o processo de informatização dos serviços de saúde dirigidos a indivíduos e coletividades, informações de maior confiabilidade e uso para a gestão, prestação de serviços, geração de conhecimentos, controle social e articulação intersetorial (educação, trabalho, ambiente, seguridade social, etc.).

Além de instituir progressivamente um sistema e uma rede de âmbito nacional, integrando recursos e iniciativas das três esferas de governo, essa política deverá estimular a expansão das iniciativas bem-sucedidas na área de informação e informática para todo o território nacional. Assim, projetos como uma biblioteca de softwares para as três esferas de governo, uma rede nacional de centros colaboradores, a revisão e integração dos atuais sistemas de informação e diversas iniciativas para regular o mercado de tecnologias de informação para o sistema de saúde deverão ter forte impacto sobre o atual cenário de informação e informática do SUS, ampliando a competência brasileira na área de produção de softwares e desenvolvendo uma política de capacitação de Recursos Humanos para a operação e desenvolvimento de aplicações.

A sociedade brasileira e diferentes segmentos que atuam no setor da saúde, em particular, apresentam crescentes demandas de informação e comunicação. Em meio ao excesso de informação presente nos dias atuais, em que nem tudo é relevante, novos papéis estão colocados para as instâncias mediadoras tradicionais. Além de produzir a informação que é de interesse comum, o novo mediador tem o papel de escolher, selecionar e redirecionar informações conforme necessidades coletivas concretas, de possibilitar o acesso e levar em consideração o conhecimento produzido por seus interlocutores, não reduzindo a política nesses campos ao acesso ao conhecimento técnico-científico. Cada vez fica mais claro que a população não quer apenas informações, ela quer se comunicar. A população não quer a informação substituindo as ações e os serviços de saúde, obrigando-a a assumir, individualmente, a responsabilidade por sua situação de saúde.

Obstáculos e Desafios

A saúde demanda e deve orientar-se por uma política que incorpore o saber popular no seu processo de planejamento e gestão das atividades de informação e

comunicação. A sociedade brasileira e suas representações em âmbito nacional, regional e local, com suas particularidades é, portanto, o ponto de partida dos processos de interlocução institucional. Isso significa reforçar o potencial estruturante da informação e da comunicação e de suas tecnologias, aliado à exploração da sua capacidade de indução para a construção de uma democracia cidadã, saudável e solidária.

Superar o quadro das desigualdades de acesso às ferramentas da comunicação é uma tarefa urgente, o que exigirá firme presença do Estado brasileiro. Mas também é preciso ir além e superar a visão que reduz a comunicação às suas tecnologias. Comunicação envolve de informação e discursos que concorrem para construção e transformação de sentidos sociais a partir do uso de meios e tecnologias – imprensa escrita, rádio, televisão, Internet –, mas não se reduz a nenhum deles. Envolve interlocução, busca do diálogo, outros processos sociais e culturais, como o da educação, da popularização da ciência e o da promoção à saúde, compartilhados e mediados pelos meios de comunicação, mas não determinados apenas por eles. Envolve o reconhecimento da pluralidade, do dissenso, dos conflitos, inerentes a democracia.

Para dar consequência à informação como instrumento do fortalecimento do SUS, é necessário estabelecer mecanismos de acesso à informação em saúde considerando os princípios de privacidade, confidencialidade, responsabilidades, usos recomendados da informação e mecanismos de escolha de tecnologias.

Vários desafios estão colocados e um dos principais é a adequação da informação produzida ao processo de descentralização e gestão participativa, integrando conceitual e/ou operacionalmente a informação gerada pelos sistemas de informação em saúde.

Ao lado disso, é necessário desenvolver uma política e processos de capacitação para uso da informação no processo de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, o que significa produzir informação para os usos necessários no SUS.

Ainda no papel de subsidiar o planejamento, a avaliação e o controle social em saúde, devemos desenvolver processos, estudos e pesquisas para estabelecer parâmetros de custo e gerar conhecimento necessário para a produção de informações que o SUS necessita. E neste processo, estabelecer de modo contínuo e permanente a qualificação de indicadores para avaliação da gestão no SUS, de modo participativo.

Diretrizes

- Criação da Rede Pública e Nacional de Comunicação de acordo a recomendação da 11ª Conferência Nacional de Saúde, entendendo a Rede

como materialização de uma política de comunicação ampla, plural, horizontal e descentralizada;

- Ampliação da capacidade de formulação de políticas e desenvolvimento de estratégias de comunicação no campo da saúde pública visando aperfeiçoar o controle social, identificar e atender às demandas e expectativas sociais;
- Promoção do diálogo entre a comunidade científica e a sociedade, através de mecanismos de articulação para a democratização, a compreensão crítica e a participação pública em questões relacionadas à ciência, à tecnologia e à saúde;
- .Implementação do registro eletrônico essencial do evento em saúde, com implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo o território nacional, como sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;
- Estabelecimento de padrões para representação e compartilhamento das informações em saúde com garantia jurídica de privacidade e confidencialidade da informação individual identificada;
- Estabelecimento de padrão de Infra-estrutura de tecnologia da informação (microcomputadores, softwares, redes e outros insumos) – com ênfase para o software livre e padrões abertos e não proprietários;
- Integração e articulação da informação e dos sistemas de informação, apoio à prática profissional em saúde e produção e disseminação da informação, segundo necessidades de usuários, profissionais, gestores, instituições de ensino e pesquisa e controle social.