

15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
7ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo
18ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

**Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas:
Direito do Povo Brasileiro**

DOCUMENTO NORTEADOR



USUÁRIOS

Jarquelene Oliveira do Nascimento – Coordenadora da Comissão Organizadora
Maria Adenilda Mastelaro
José da Guia Pereira
Alex Aparecido Leite de Albuquerque
Regina Célia Pedrosa Vieira
Gersonita Pereira de Souza
Francisco Pereira Lima
Sheila Ventura Pereira

TRABALHADORES DA SAÚDE

Ana Rosa Garcia da Costa
Deodato Rodrigues Alves
Iramir Bastos Gomes
Jason Gomes Rodrigues Santos

GESTORES/PRESTADORES DE SERVIÇOS

Ricardo Fernandes de Menezes
Cássia Liberato Muniz Ribeiro
Denize Calvo Costa
Giane Santana Alves Oliveira

JOSÉ DE FILIPPI JUNIOR

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo
Secretário Municipal de Saúde de São Paulo

SUS – PANORAMA GERAL

Preâmbulo

- 1.** Promulgada a CF de 1988, os constituintes haviam destinado 30% de recursos orçamentários da Seguridade Social para a saúde (Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias), a fim de que o Ministério da Saúde – MS iniciasse a organização do novo sistema, o SUS. Contudo, esse recurso não foi repassado ao MS contribuindo, no início de 1990, para a ocorrência de graves incidentes sanitários no País.
- 2.** Nascia um movimento pendular duradouro – impulsos de construção do SUS eram seguidos de movimentos de resistência à implantação do SUS – junto ao início do subfinanciamento do sistema.
- 3.** Durante um quarto de século foram relevantes as conquistas do Sistema Único de Saúde. Estudos avaliativos têm evidenciado que a política de saúde pública teve impacto positivo sobre a mortalidade infantil, protegeu o País da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA/AIDS, além de cuidar dos portadores e doentes; ampliou o acesso a medicamentos e ao atendimento de urgência.
- 4.** Contudo, a cronicidade do subfinanciamento, a inadequada política de pessoal e os problemas de gestão e de planejamento têm comprometido a consolidação e, mesmo, a sustentabilidade do Sistema.
- 5.** Apesar do caráter inovador de várias medidas de reforma do modelo de gestão já incorporadas ao cotidiano do SUS – gestão participativa, fundos de saúde, colegiados interinstitucionais e outras –, elas não foram potentes para se contrapor ao patrimonialismo, à privatização e ao padrão de iniquidade do Estado brasileiro.
- 6.** Na realidade, na atualidade, devemos apoiar vivamente projeto estratégico focado na sustentabilidade e no futuro do Sistema Único de Saúde, que enfrente e supere o conjunto de impasses crônicos que limitam a plena constituição do SUS e do direito à saúde, quais sejam: a fragmentação do Sistema, a privatização do Sistema e a precariedade da política de gestão de pessoas que não contempla a criação de carreiras do SUS e a inadequação das estratégias de gestão no SUS.

Fragmentação do Sistema

- 7.** As inovações contidas na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e em leis e decretos posteriores não foram suficientes para proteger o SUS do caráter clientelista, privatista e ineficiente do Estado brasileiro.
- 8.** Uma diferença radical na organização do SUS em relação aos sistemas públicos nacionais de outros países foi o grau de descentralização adotado no País. No Brasil optamos por considerar o município como núcleo básico organizacional do sistema. O funcionamento sistêmico seria garantido pela atuação integradora das Secretarias de Estado da Saúde – SES e pelo Ministério da Saúde – MS.
- 9.** O resultado desta opção gerou efeitos paradoxais: tanto propiciando a existência de experiências exitosas em municípios com contexto favorável, o que serviu como efeito demonstração de que o modelo SUS era possível e efetivo, quanto também instalando uma fragmentação do sistema já que cada município tem autonomia para definir sua própria política de gestão e de atenção à saúde.

10. Esta construção municipal do SUS tem gerado iniquidade, desigualdade e comprometido a sustentabilidade do SUS como um todo e mesmo das redes locais.
11. A esta forma de fragmentação decorrente da dificuldade de integração em rede das políticas, programas e serviços federal, estaduais e municipais, somou-se ainda uma antiga fragmentação típica da tradicional saúde pública brasileira, que atuava com programas focais, voltados cada um para um tipo de risco ou de enfermidade, e que foi ampliada ao longo da existência do SUS.
12. Ao SUS restou o desafio de compor um sistema com milhares de modos de governar em cada local e Estado e ainda tentar compor isso com duas centenas de programas sanitários que funcionam com regras e padrões de financiamento e de prestação de contas diferentes.
13. Formava-se uma nova Torre de Babel. Quem, que organismo, que gestor, que conselho teria governabilidade para unificar esses pedaços do Estado com grande grau de autonomia, de planejamento, de tomada de decisão e de gestão tão ampliado?
14. Funcionamento sistêmico depende de coordenação e de forte interligação entre os pontos da rede. No caso, integração entre os vários sistemas municipais de saúde, programas e redes de atenção diferentes e desconectadas e inventadas por cada novo governante em exercício.
15. O papel de coordenação e de unificação desse mosaico caberia ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Estado da Saúde.
16. Esta doutrina, na prática, não vem produzindo efeitos suficientes para uma adequada governança do SUS. Isso apesar do SUS, para integrar entes federados autônomos – União, Estados da Federação e cidades – em um sistema único, tenha criado arranjos organizacionais inovadores para a secular tradição dos serviços públicos brasileiros.
17. Ressalta-se a invenção de novos mecanismos de cogestão entre estes entes federados: a gestão colegiada, que deu origem a Comissão Intergestores Tripartite – CIT de âmbito nacional, as Comissões Intergestores Bipartites – CIB com governabilidade sobre projetos em cada estado e, mais recentemente, as Comissões Intergestores Regionais – CIR, que reúnem todos os dirigentes municipais de uma Região de Saúde com delegados do governo estadual.
18. Também se reforçou, em cada esfera de governo, instâncias colegiadas de participação popular: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.
19. Na perspectiva do planejamento esforçou-se ainda, por meio do Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, na criação do **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP**, destinado a formalizar acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada.
20. Apesar da criação desses espaços de deliberação participativa, observou-se uma tendência do Ministério da Saúde e das SES em utilizar mecanismos de repasse financeiro para induzir a adesão dos municípios a determinados programas e prioridades.
21. É ainda muito recente a tentativa de introduzir-se a metodologia dos contratos ou de pactos de gestão entre os entes federados.
22. Apesar destes esforços, contudo, a integração sistêmica ainda é baixa no Brasil.

Privatização do Sistema

23. Agravou ainda mais a fragmentação do SUS e, portanto, a baixa governança, a privatização direta ou indireta da gestão de serviços e de redes municipais – por meio de organizações sociais – OS e outros –, apresentada como solução conservadora e neoliberal, supostamente potente para resolver os impasses da administração pública.
24. Com isto, criaram-se dentro de um mesmo território municipal agentes gestores com importante grau de poder e autonomia para definir estratégias de cuidado, política de pessoal, entre outros aspectos.
25. Vale ressaltar que desde a constituição do SUS, ao contrário do que ocorreu na implementação de outros sistemas nacionais de saúde, optou-se pela compra de serviços a

hospitais e ambulatorios privados e filantrópicos, sob os quais os gestores têm baixa capacidade de controle e quase nenhuma governabilidade.

26. Em decorrência, ao longo de toda a história do SUS, não se conseguiu integrar estes serviços conveniados e contratados à rede de saúde e tampouco foi possível que adotassem normas e práticas recomendadas pelo sistema.

27. Com todo esse processo de fragmentação, de privatização e de descentralização comprometeu-se o funcionamento sistêmico e integrado da política de saúde.

28. O processo de municipalização na Saúde foi competitivo e não solidário. O SUS, hoje, é um mercado imperfeito, em que mais de oito mil agentes de produção em saúde, com diferentes modalidades organizacionais – Secretarias Municipais de Saúde – SMS, SES, redes e programas do MS, centenas de organizações sociais, milhares de hospitais universitários, privados e filantrópicos –, com autonomia relativa para definir suas prioridades, modelos de atenção e de gestão, política de pessoal, operam com baixo grau de planejamento, com subfinanciamento, sobreposição de papéis e de responsabilidade, compondo um caótico cenário de governança.

Precariedade da Política de Pessoal que não Contempla a Criação de Carreiras do SUS e Inadequação das Estratégias de Gestão no SUS

29. Duas das consequências nefastas deste processo de fragmentação foram a precariedade das políticas de pessoal e a inadequação das estratégias de gestão no SUS.

30. Diluiu-se a responsabilidade de Estados da Federação e da União, delegando-se aos municípios tarefas impossíveis de serem levadas a cabo ao nível local e de maneira isolada. Produziu-se com isso uma cultura da improvisação, de precariedade e de maltrato em relação aos profissionais de saúde e ao cuidado dos usuários.

31. Infelizmente, esse padrão de simplificação, de estratégia da precariedade, estendeu-se também para infraestrutura, equipamentos e modelo de atenção e de cuidado.

Impasses Crônicos e o Futuro do SUS

32. Estudiosos compromissados com a qualificação e ampliação do Sistema de Saúde nacional, público e universal, que vem fazendo propostas para o enfrentamento destes impasses crônicos, apontam que, para superá-los, o núcleo operativo e organizacional do SUS deve estar centrado nas 436 **Regiões de Saúde**¹ existentes no País.

33. O SUS tem como diretriz constitucional ser descentralizado, ao mesmo tempo em que por conceituação também constitucional (art. 198, caput), se constitui como o resultado *da integração das ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada*.

34. A *regionalização* é o centro das proposições destinadas a reorganizar e reestruturar um amplo e qualificado **aparato sanitário estatal nacional**.

35. As redes de saúde devem ser organizadas regionalmente, pois cada município, isoladamente, não tem como garantir a integralidade da atenção à saúde.

36. A integralidade, hoje, não se resolve apenas no nível municipal. Isso porque a mudança no perfil demográfico – aumento da expectativa de vida do brasileiro, que passou para 74,9 anos em 2013, com o aumento de doenças crônicas que acometem a maioria dos idosos brasileiros –; a mudança no perfil epidemiológico – a convivência de doenças infecciosas, do crescimento de mortalidade por causas externas (acidentes, violência e outras) e da predominância relativa das doenças crônicas e suas consequências – e a necessidade de acesso à tecnologia, aumentaram sobremaneira as exigências para o Sistema de Saúde público.

37. Neste sentido, é essencial que se avance no processo de organizar e consolidar as 436

¹ No Estado de São Paulo são 63 Regiões de Saúde, sendo que uma delas é o Município de São Paulo.

Regiões de Saúde – constituídas pelos municípios de uma macrorregião e por representação do Estado da Federação – no País.

38. Para isto, o planejamento do SUS teria dimensões regional, estadual e nacional.

39. A partir da Comissão Intergestores Regional – CIR – que reúne todos os dirigentes municipais de cada Região de Saúde com representantes do governo estadual –, a assistência, os serviços e hospitais seriam planejados de modo ascendente.

40. Com isto a atuação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB – que reúne dirigentes da SES e representantes de todos os secretários municipais de Saúde do Estado da Federação – se tornaria mais relevante dada a necessidade de analisar, equacionar questões inter-regionais e monitorar a execução do que foi planejado em todas as Regiões de Saúde do Estado.

41. Ressalte-se que o planejamento ascendente, a partir das Regiões de Saúde, conferiria mais importância ao acompanhamento do processo pelos Conselhos de Saúde estadual e municipais.

42. Já políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, por exemplo, precisam ter uma dimensão de planejamento nacional.

43. A aplicação de recursos também seria planejada em âmbitos regional, estadual e nacional, porém seria fundamental instituir Fundos Regionais de Saúde com recursos de origem federal, estadual e municipal.

44. As Regiões de Saúde fariam a gestão de uma rede de atenção integral à saúde.

45. A incorporação das Regiões de Saúde, como núcleo operativo e organizacional do SUS, impõe uma **reforma da institucionalidade do SUS**, reforçando algumas características, normas e leis vigentes, porém as ampliando mediante arranjos institucionais inovadores e potentes ou mediante a criação de novas personalidades jurídicas regionais, sem o que não haverá regionalização.

46. No conjunto de estudos sobre o futuro do Sistema Único de Saúde como aparato estatal é bastante forte a proposição de que o núcleo operativo e organizacional do SUS deve ser as Regiões de Saúde.

47. É consensual o reconhecimento do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, na perspectiva do planejamento da organização e integração das ações e serviços de saúde entre entes federativos na rede regionalizada e hierarquizada.

48. Também é consensual a importância de instâncias de participação popular – conselhos e conferências municipais, regionais, estaduais e nacional –; o financiamento intergovernamental tripartite, compartilhado, solidário e proporcional e a organização de atenção e cuidados integrais à saúde, com estratégias e serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação e apoio ao autocuidado.

No entanto, diversos estudiosos apontam a necessidade de criarem-se novas personalidades jurídicas, a saber:

49. a) *consórcio nacional do SUS, sob a égide do Direito Público*².

49.1. Consórcio nacional do SUS, sob a égide do Direito Público, singular e intergovernamental – tripartite –, com adesão voluntária de União, Estados e Municípios em territórios, bases e redes de serviços regionais. Com um plano nacional de cargos, carreiras e salários, em todos os níveis e ocupações profissionais, mas com critérios equânimes para a indução, fixação e fluxo de profissionais de saúde a partir de prioridades de atenção e especificidades regionais;

50. b) *associação regional da saúde interfederativa com características próprias do SUS, de natureza jurídica consorcial*³;

² Alcides Miranda, UFRGS. *O desafio de construir a regionalização a partir de experiências próprias.*

Disponível em: <http://www.resbr.net.br/o-desafio-de-construir-a-regionalizacao-a-partir-de-experiencias-proprias/>

³ Lenir Santos, Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA. *SUS: A Região de Saúde é o Caminho.*

Disponível em: www.idisa.org.br/img/File/regiao_de_saude_%C3%A9_o_caminho_22_1_2014.pdf

51. c) criação de uma *autarquia pública especial da União gerenciada pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde*, tendo como núcleo organizacional as Regiões de Saúde⁴.

A criação da autarquia pública especial com gerência tripartite incidiria sobre os impasses crônicos que limitam a plena constituição do SUS e do direito à saúde fazendo nascer uma nova institucionalidade, a saber:

51.1. • todos os serviços públicos teriam um modelo organizacional autárquico, o que valeria para atenção básica, redes de atenção, organizações sociais, fundações privadas, entre outros, apontando, assim, para o fim da privatização e para a invenção de um novo modelo público de organização e de gestão;

51.2. • todos os profissionais de saúde que trabalhem no SUS passariam à gestão da autarquia pública especial com gerência tripartite por dois caminhos: optariam livremente por integrar as novas carreiras multiprofissionais da autarquia especial ou seriam cedidos por Municípios, Estados da Federação, universidades para o efetivo exercício na autarquia especial;

51.3. • o ingresso de novos profissionais nas carreiras multiprofissionais da autarquia pública especial com gerência tripartite se daria mediante concurso por Estado da Federação, havendo possibilidade de progresso por mérito e mobilidade antes de novos concursos.

51.4. • os servidores já concursados por entes públicos poderiam optar para ingressar na nova carreira como quadro em extinção.

O SUS no Município de São Paulo

52. O Município de São Paulo faz parte da Região Metropolitana de São Paulo, que conta com 39 municípios e 19.672.582 habitantes (IBGE – 2010), ocupando 7.943,85 Km² de área territorial.

É a cidade mais populosa do Brasil e conta com 11.513.836 habitantes (Fundação SEADE – 2014), sendo 5.464.587 do sexo masculino e 6.049.249 do sexo feminino. 1.517.223 habitantes, ou 13,18% do total, situam-se nas faixas etárias de 60 anos e mais de idade. Da sua população, 99,1% vivem em área urbana e 0,9% em área rural (IBGE – 2010). É o principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul, com Produto Interno Bruto – PIB de R\$ 443 bilhões (IBGE – 2010) e PIB per capita de R\$ 35.271,93, representando 35,9% do PIB paulista e 12,3% do PIB nacional.

Abriga um importante centro tecnológico de saúde, com um complexo médico-hospitalar de referência nacional e internacional, o que representa parcela importante da sua economia.

53. As unidades sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP prestam serviços de urgência e emergência, de média complexidade e são maioria quando se trata prestação de serviços de alta complexidade. Sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS predominam as unidades que prestam serviços de atenção básica, de urgência e emergência, de média complexidade e os hospitais gerais secundários, sendo de se destacar que existem dificuldades de articulação das duas esferas de governo no sentido de garantir o acesso integral do cidadão ao Sistema Único de Saúde – SUS.

54. As referidas dificuldades de articulação das duas esferas de governo persistem, por um lado, em função da fragmentação entre as redes assistenciais dos dois entes federados existente no território da municipalidade e, por outro, dada a fragilíssima atuação integradora da SES-SP na garantia do funcionamento sistêmico na Região de Saúde do Município de São Paulo.

⁴ Gastão Wagner. *Proposta para tornar o SUS uma utopia possível*. Revista Ser Médico Nº 69, out/nov/dez., 2014. p. 24-27. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=FlipRevista&id=69#/26/>.

55. Contribui para a fragmentação a pouca transparência da SES-SP quanto à distribuição, para os Municípios, de vagas de internação, cirurgias, consultas especializadas e exames de diagnóstico e terapêutica.

56. A este respeito, a partir de estudo das bases de dados nacionais do SUS no período 2011-2014, no qual se revela a tendência dos estabelecimentos sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo diminuir a prestação de serviços assistenciais aos cidadãos e cidadãs residentes no Município de São Paulo nas áreas de clínica, cirurgia e obstetrícia, o Conselho Municipal de Saúde de São Paulo aprovou a **Resolução nº. 2/2015 – CMS-SP, de 9 de abril de 2015**, solicitando explicações à SES-SP sobre essa ocorrência.

57. O Quadro de Pessoal da SMS – 2014, trabalhando nos estabelecimentos e serviços de saúde, é o seguinte: **82.120** trabalhadores e trabalhadoras, sendo **41.433 (50,45%)** contratados por terceiros e **40.687 (49,55%)** contratados pela administração pública. Desses 23.488 são servidores públicos municipais, 13.518 são empregados públicos municipais (2.622 no Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM e 10.896 na Autarquia Hospitalar Municipal – AHM), 3.433 são servidores públicos estadual (3.315), 118 servidores públicos federal e 248 oriundos do Programa Mais Médico.

No **ANEXO – O SUS no Município de São Paulo no Biênio 2013-2014** encontram-se dados sobre os estabelecimentos de saúde administrados pela SMS e o desenvolvimento da prestação de serviços da SMS no período.

DIREITO À SAÚDE

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

(Art. 196. Constituição Federal de 1988)

58. Há dois séculos homens e mulheres que lutavam por um mundo que se estruturasse tendo como pilar da organização em sociedade a radical defesa da vida de todas as pessoas, atinaram para a determinação social e econômica que ensejava a exposição da esmagadora maioria da população a toda sorte de riscos à sua saúde e à sua vida. Mas não só: perceberam que a luta pela superação das desigualdades socioeconômicas era insuficiente para preservar a saúde, manter a vida e propiciar o bem-estar coletivo sem que, paralelamente, se instituisse uma rede de prestação de serviços, distribuída pelo território do Estado nacional, que propiciasse às pessoas o acesso universal e igualitário às ações e serviços destinados à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

59. Os Sistemas de Saúde nacionais socializados, portanto, universais, implantados particularmente em países europeus do início do século passado até a década de 1970, constituíram-se na materialização da solução para a necessidade de instituir-se uma rede de prestação de serviços de saúde nacional e de acesso igualitário, cujos defensores pertenciam ao campo social e político que defendia as bases de uma sociedade solidária e igualitária, integrado por partidos políticos que buscavam a transformação social, pelo movimento sindical e pela intelectualidade progressista.

60. No Brasil, os constituintes eleitos em 1986, em meio ao complexo processo de luta política que havia levado à derrocada o regime militar, à participação e pressão popular visando à democratização do País em todas as suas dimensões e à falência da política de saúde excludente e privatizante implantada no período (1964-1985), inscreveram na Constituição Federal de 1988 – CF de 1988, pela primeira vez na história do País, o reconhecimento da saúde como direito social, conforme evidenciamos em epígrafe.

61. E mais: dispuseram sobre o Sistema Único de Saúde – SUS nos seguintes termos: “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: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e participação da comunidade” (Art. 198 da CF de 1988).

62. A moldura na qual se inseriram o reconhecimento da saúde como direito social e a criação do SUS, de um lado, era assim enfatizada: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle [...]” (Art. 197 da CF de 1988). De outro lado, inseria-se a saúde no texto constitucional no conjunto integrado de ações denominado Seguridade Social – saúde, previdência e assistência social – (Art. 194 da CF de 1988), a qual deveria ser financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais.

63. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – protagonista fundamental no reconhecimento da saúde como direito social – sustentou no seu ideário um projeto civilizatório com amplas mudanças nos valores societários em relação à vida e ao planeta. Esse projeto, ainda a ser construído, está fundado nas bases de uma sociedade solidária e democrática, com a defesa do **direito universal à saúde como direito de cidadania**.

64. O direito à saúde é um direito social que deve ser garantido pelo Estado, por meio de políticas econômicas, sociais e culturais, tal como conquistado na Constituição Federal de 1988, sendo incompatível com propostas nas quais a saúde é tratada como negócio ou mercadoria.

65. O Sistema Único de Saúde – SUS nasceu referendado por uma inédita mobilização social, impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária, que buscava tecer as bases de um projeto de País, pautado na justiça, na igualdade e nos direitos sociais. O SUS teve e tem por objetivo melhorar a saúde da população, cuidar de todos de forma integral com a qualidade e a complexidade que os problemas requerem e a população merece; adotou a participação social promovendo a democracia participativa como fundamento para a sua gestão.

66. Antes da criação do SUS, no que se refere ao componente assistencial da saúde, o acesso à prestação de serviços era assegurado para: a) as pessoas que tinham capacidade de pagar através de suas próprias fontes de renda; b) as pessoas que se inseriam no setor formal do mercado de trabalho e suas famílias, aos quais era garantido o acesso a assistência médica através da previdência social e c) as pessoas que tinham algum tipo de proteção institucional (plano ou seguro de saúde) financiado por ela mesma, por sua empresa ou por terceiros.

67. Ou seja, uma grande parcela da população brasileira – que não se inseria no mercado formal de trabalho, não tinha renda para pagar por sua proteção à saúde ou não tinha nenhuma empresa ou instituição que velasse por sua saúde – poderia acessar aos serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde públicos da administração direta (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde) ou contar com a caridade provida pelos hospitais filantrópicos, como os das Santas Casas de Misericórdia.

68. No entanto, tanto os estabelecimentos de saúde públicos da administração direta quanto os hospitais filantrópicos, tinham papel residual na oferta de saúde no país e não eram suficientes para cobrir uma volumosa população de trabalhadores e de trabalhadoras do setor informal do mercado de trabalho que vivia nas periferias das grandes regiões metropolitanas, nas pequenas cidades e vilas e nas regiões rurais.

69. Nestes 27 anos o SUS avançou e acumulou conquistas, especialmente se considerarmos a situação da saúde no período de sua criação. Entretanto, estamos muito distantes da situação ideal, os avanços alcançados não podem mascarar os problemas intrínsecos do SUS e nem aqueles extrínsecos, oriundos de setores da sociedade que boicotam a sua consolidação desde o seu nascedouro.

70. O SUS não é um sistema de saúde que possa sobreviver e se consolidar com políticas orientadas pelo projeto neoliberal, que não mede esforços em desconstruí-lo, que alimenta os

interesses da indústria médica globalizada e transforma a saúde em puro mercado.

71. O momento é crítico e a sobrevivência do SUS exige mudanças profundas na ordem econômica, política e social brasileira; exige, também, o compromisso efetivo do Estado, dos governos e da sociedade na sua defesa.

72. Nada mais ilustrativo do ataque frontal ao direito social à saúde do que o Projeto de Emenda Constitucional – PEC nº. 451, de autoria do deputado Eduardo Cunha, que pretende alterar a Constituição Federal e tornar planos privados obrigatórios aos trabalhadores empregados. Tal projeto, em termos de direito social, propõe retrocedermos ao período anterior à promulgação da CF de 1988!

73. Tal projeto secunda a mercantilista e inconstitucional abertura à participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, introduzida pela Lei nº. 13.097, de 19 de janeiro de 2015 (Art. 142), que alterou o Art. 23 da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

74. E a tentativa de desmonte do que se construiu no direito social à saúde, e no âmbito do Sistema Único de Saúde, não para aí. Projeto de Lei do Senado nº. 200/2015 constitui um retrocesso na regulamentação da pesquisa clínica, pois desconsidera o atual sistema de revisão ética da pesquisa, intitulado Sistema CEP-CONEP, constituído pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, instância integrante do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, e pelos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP, que são instâncias das instituições que realizam pesquisas no Brasil. Tal projeto fragiliza a proteção da saúde e da dignidade humana, bem como os direitos dos participantes das pesquisas, uma vez que a aprovação da pesquisa clínica envolvendo seres humanos não é incluída na esfera do Sistema Único de Saúde.

75. Para que a saúde seja um direito de todos, assumida como um bem da sociedade, é necessário um novo acordo em nome do interesse público, que recomponha os princípios e as orientações constitucionais, os quais devem ser assegurados pelos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.

SUS – VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

76. Na busca pela melhoria do SUS é também fundamental regular a preparação dos seus profissionais, reorientando a formação em saúde a partir das necessidades da maioria do povo brasileiro e não pela lógica do mercado.

77. São desafios postos que vão desde a mudança nos currículos com projetos pedagógicos comprometidos com a concepção de saúde integral como promotora da qualidade de vida, passando pela prevenção às principais doenças, pela assistência e pela reabilitação dos indivíduos.

78. É imprescindível, para avançar nas mudanças, que as práticas dos profissionais e técnicos em saúde aconteçam no ambiente das ações e dos serviços ofertados pelo SUS, fazendo com que haja a inserção no trabalho em equipe e inserção nos processos decisórios da gestão.

79. As medidas recentes aprovadas na lei que normatizou o programa Mais Médicos indicam que é necessário universalizar as residências e as especializações mais demandadas do SUS, como forma de garantir profissionais em número suficiente para as diversas regiões do País.

80. Portanto, avançar na qualidade da atenção e no cuidado com humanização e respeito exige um novo quadro curricular e uma nova forma de pensar as especialidades na integralidade da atenção, além de práticas de cuidado integradas associadas a formas de gestão democráticas.

81. Para regular de forma pública a formação em saúde, é necessário também conhecer a realidade da força de trabalho nos setores público e privado, considerando o impacto no mercado de trabalho e as especificidades que compõem o trabalho em saúde.

82. Para tanto, torna-se imprescindível a realização de um censo capaz de diagnosticar, de maneira mais precisa, a quantidade, a distribuição, a composição e as necessidades dos trabalhadores da saúde.

83. Melhorar a distribuição e a composição social da força de trabalho é um dos pontos centrais a ser abordado. É preciso conceber uma estratégia para democratizar o acesso às faculdades e universidades, com garantias e estímulos para que os filhos das camadas populares tenham a possibilidade de se formarem nestas instituições e levem para dentro da universidade sua história de vida e as demandas de sua representação social.

84. É fundamental a adoção de uma política de gestão de pessoas unificada, com diretrizes nacionais para o Sistema Único de Saúde, e a estruturação de carreiras multiprofissionais nas grandes áreas temáticas do SUS, como atenção básica, atenção especializada e hospitalar, urgência e emergência, vigilância em saúde e apoio administrativo e financeiro.

À luz das diretrizes nacionais se adequa a política de gestão de pessoas às realidades loco-regionais.

85. A estruturação de carreiras multiprofissionais do SUS deve ter como referência a organização das Redes de Atenção à Saúde integrais regionalizadas, a valorização do trabalho em equipe, o cuidado humanizado e a educação permanente como estratégias de qualificação dos trabalhadores.

86. É preciso somar esforços com as entidades da saúde e as centrais sindicais para construir uma agenda de valorização do trabalho em saúde, ampliando nas diferentes profissões a defesa do SUS, e combatendo todas as formas de precarização existentes no sistema público – incluindo a privatização direta ou indireta e as terceirizações da prestação de serviços – e nos estabelecimentos e serviços privados.

87. Esta agenda deve reforçar a luta pela jornada de trabalho de 30 horas semanais, considerando as especificidades do cuidado prestado nos serviços de saúde, a educação permanente como estratégia de qualificação dos trabalhadores, bem como a produção de conhecimento, o desenvolvimento e o estabelecimento de tecnologias em serviços e equipamentos, com a finalidade de fomentar melhores condições de trabalho.

88. Destaca-se que entre os inúmeros problemas enfrentados pelos trabalhadores do Estado encontram-se a Tabela de Lotação de Pessoal defasada pela falta de concursos públicos. A fragmentação salarial e as discrepâncias nos benefícios dos profissionais de saúde – municipais, municipalizados, estaduais, federais, autárquicos e de parceiros privados – também se apresentam como entraves que precisam ser repensados.

89. Os ambientes, os processos e as condições de trabalho devem ser sempre levados em conta como possíveis determinantes da ocorrência de acidentes, de doenças e de intoxicações relacionadas ao trabalho.

90. É preciso que se atente para a relevância da participação das centrais sindicais e de sindicatos de trabalhadores na formulação e acompanhamento da política de saúde do trabalhador e da trabalhadora da saúde.

91. Por fim, devemos esclarecer à sociedade brasileira sobre a natureza socialmente destrutiva do Projeto de Lei nº. 4.330, que *Dispõe sobre os contratos de terceirização e as relações de trabalho deles decorrentes*, e combatê-lo duramente, uma vez que representa a retirada de direitos conquistados ao longo de décadas pelos trabalhadores e pelas trabalhadoras do Brasil.

GESTÃO DO SUS E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

92. O Sistema de Saúde nacional, público e universal, previsto na Constituição Federal com a denominação de Sistema Único de Saúde – **SUS**, foi inspirado na melhor tradição de qualificados Sistemas de Saúde nacionais socializados implantados em países europeus (Grã Bretanha, Suécia, entre outros) e no Canadá e, antes disso, **foi criado para garantir o direito social à saúde para todos os brasileiros e para todas as brasileiras.**

93. O Brasil tinha – e continua tendo – recursos suficientes para implantar o SUS, bem como infraestrutura econômica – capacidade tecnológica de produzir ou pesquisar produtos, equipamentos, insumos e processos necessários à sua operacionalização – e social – instituições

universitárias e instituições de ensino e pesquisa instaladas no País capazes de formar a mão-de-obra básica, técnica e especializada necessária para promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde das pessoas.

94. Ou seja: somos um País que conta com todas as condições para implantar um *aparato sanitário estatal nacional* potente para prestar à população brasileira a totalidade dos serviços de saúde com qualidade e, assim, cuidar bem de todas as pessoas!

95. Eis a questão: os inimigos do SUS sempre souberam disto. Por isso, desde 1989, a cada iniciativa visando a organização do cuidado de saúde à população brasileira, os setores sociais conservadores reagem com ações concretas de resistência à implantação do SUS.

96. A primeira delas foi o descumprimento da CF de 1988, mediante ação do próprio governo federal, sonogando a transferência para o Ministério da Saúde de recursos constitucionalmente destinados ao SUS, nos anos inaugurais do Sistema.

97. Outras ações concretas ocorreram, mas, entre elas, é preciso destacar que, ainda nos anos inaugurais do Sistema, deu-se o início do incremento da transferência indireta de recursos federais para planos e seguros de saúde privados em desfavor do SUS, e, também, o fim da utilização prevista constitucionalmente de recursos da Seguridade Social na saúde e, anos depois, a extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF⁵.

98. São inúmeros e diversificados os exemplos de ações destrutivas destinadas a impedir a consolidação de um Sistema de Saúde nacional, público e universal, que tivesse como características marcantes a solidariedade social, o envolvimento coletivo dos trabalhadores da saúde no processo de modelagem das práticas sanitárias, a humanização de estabelecimentos e serviços e a distribuição de renda.

99. O fato é que, quando se produziu um impasse em relação à própria perspectiva de efetiva implantação do SUS, aqueles mesmos setores sociais conservadores passaram, então, a advogar e patrocinar a privatização direta ou indireta e terceirizações diversas no SUS, sempre, claro, às expensas de transferências de recursos do Erário Público para entes privados.

100. Ora, é fácil entender tais ações socialmente predatórias, quando se tem presente que somente é possível construir Sistemas de Saúde nacionais socializados, como os dos países acima citados, com a montagem de um amplo e qualificado *aparato sanitário estatal nacional*.

101. E mais: segundo estudiosos do tema, **há evidências sólidas, extraídas da experiência internacional, sobre o modo mais efetivo para organizar a saúde: os Sistemas de Saúde públicos e nacionais têm melhor desempenho que modelos privados.**

102. Nestes termos no ano de realização da 18ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, etapa regional da 7ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo no processo de discussão da 15ª Conferência Nacional de Saúde, cabe a um amplo campo democrático e popular recolocar na agenda de lutas sociais proposição de reestatização da ideia-força que deu forma ao SUS constitucional: **a saúde é direito de todos e dever do Estado!**

103. É preciso buscar inspiração na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e, desse modo, estimular e propor a discussão coletiva de proposição que aponte para uma **nova institucionalidade no SUS de natureza pública e estatal.**

FINANCIAMENTO DO SUS E RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO

104. Já foi mencionado que os setores sociais conservadores reagem – e continuam reagindo – com ações concretas de resistência à implantação do SUS, especialmente não aportando recursos suficientes no Sistema.

Na sequência elencamos algumas providências que podem tornar decididamente o SUS constitucional estável do ponto de vista do seu financiamento.

⁵ Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira.

104.1. • Acabar com os subsídios dos planos privados de saúde por meio de estratégia progressiva, inicialmente instituindo um limite de valor de gastos com saúde, que podem ser dedutíveis do Imposto de Renda como no caso da educação; não financiar planos privados para servidores públicos com recursos públicos; proibir anulação ou perdão das dívidas dos planos com o Estado; proibir subsídios diretos aos planos e não promover incentivos aos planos privados individuais.

104.2. • Aplicar os recursos decorrentes dos subsídios em especial na atenção básica (Estratégia Saúde da Família, promoção e prevenção à saúde) e na média complexidade (atenção especializada com profissionais e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico adequados).

104.3. • Garantir maior financiamento público com o fim da Desoneração das Receitas da União – DRU para o setor da saúde.

104.4. • Flexibilizar a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF para a contratação de trabalhadores da saúde (investindo no quadro de servidores próprios da saúde e diminuindo progressivamente a contratação de organizações sociais).

104.5. • Reapresentar Proposta de Emenda Constitucional que estabeleça que 10% da Receita Corrente Bruta da União deve ser alocada anualmente na saúde pública.

104.6. • Denunciar e repudiar a falsa proposta de Cobertura Universal de Saúde, que não produz cobertura a todos, mas pacotes limitados de serviços que não atendem às necessidades de saúde da população.

104.7. • Esclarecer a sociedade brasileira e iniciar um novo movimento popular, a fim de que se pressione o Congresso Nacional para alterar medidas aprovadas pela Emenda Constitucional nº. 86, de 18 de março de 2015, que constitucionalizaram o subfinanciamento da saúde, a saber:

104.7.1. • a) retirar do computo do cumprimento do mínimo obrigatório estipulado para a contribuição anual da União na saúde, as ações e serviços públicos de saúde custeados pela parcela de royalties (Pré-Sal) e participação especial da União;

104.7.2. • b) retirar do computo do cumprimento do mínimo obrigatório estipulado para a contribuição anual da União na saúde, o valor equivalente a 50% das emendas de deputados e senadores que passaram a fazer parte da base de cálculo dos gastos em saúde – antes elas não eram parte da conta;

104.7.3. • c) propor que as emendas da saúde sejam adequadamente avaliadas, na fase de apreciação no Congresso Nacional, pelo Conselho Nacional de Saúde com auxílio de técnicos do Ministério da Saúde, a fim de não se correr o risco de substituição de despesas em programas planejados e estruturados do MS por despesas avulsas e pouco articuladas, decorrentes das emendas parlamentares, sem impacto significativo nos indicadores de saúde da população.

(Com a Emenda Constitucional nº. 86, de 18 de março de 2015, o Poder Executivo passou a ser obrigado a liberar até 1,2% da receita corrente líquida do ano anterior para emendas parlamentares. Desse total, 50%, ou 0,6% do valor permitido, vão para saúde).

105. Taxar as grandes fortunas para aplicar os recursos na saúde.

As 15 maiores fortunas brasileiras são de grandes empresas que exercem monopólio da comunicação, como a Rede Globo e Grupo Abril, do agronegócio e de bancos como o Safra, o Itaú e o Bradesco. Essa arrecadação corresponde à quase totalidade do volume de recursos que o governo vai arrecadar com as últimas mudanças na tributação.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E REFORMAS DEMOCRÁTICAS E POPULARES DO ESTADO

106. O SUS tem como um de seus princípios constitucionais a participação social, com envolvimento direto da comunidade no debate das questões da saúde. Assim, o envolvimento direto do povo na discussão e no controle da execução pelo Estado da política pública de saúde representou uma inovação no processo de construção da democracia brasileira.

- 107.** Há mais de uma década vem ocorrendo incremento significativo na participação popular e no controle social das políticas públicas executadas pelo Estado nacionalmente, gerando a proposição da Política Nacional de Participação e o Sistema Nacional de Participação para outras áreas de políticas públicas, incentivando, inclusive, a adoção dos mecanismos de participação social nos Estados da Federação e nas cidades brasileiras.
- 108.** O campo da saúde foi pioneiro neste debate, portanto, conta com dispositivos que institucionalizaram e estruturaram a participação popular ou, conforme a conceituação constitucional, a *participação da comunidade* (Art. 198, inciso III) que se dá principalmente por meio das Conferências de Saúde nacional, estaduais, do Distrito Federal – DF e municipais e dos Conselhos de Saúde.
- 109.** Em relação aos Conselhos de Saúde, o País conta com o Conselho nacional, 27 Conselhos estaduais/DF e 5.596 Conselhos municipais. Essas instâncias devem ser paritárias (50% de representantes dos usuários), aprovar os planos municipais, estaduais/DF e nacional de saúde e o relatório anual de gestão e acompanhar a implementação das políticas de saúde.
- 110.** Os Conselhos têm função deliberativa e de fiscalização da política de saúde, enquanto as Conferências têm por finalidade fazer o diagnóstico da situação de saúde da população e avaliar o processo de implementação das políticas da área, apontando diretrizes para correção ou ajuste de rumos.
- 111.** Vale ressaltar que o Conselho Nacional de Saúde – CNS existe desde 1937, mas somente depois da criação do SUS assumiu atribuições políticas e composição mais democrática. Nesse período de 78 anos, o CNS realizou 14 Conferências Nacionais de Saúde, além de diversas Conferências temáticas. Recentemente elegeu, na primeira etapa do seu processo eleitoral para o triênio 2012-2015, 144 entidades nacionais. Em 13 de dezembro de 2013, foi eleita a Mesa Diretora paritária do Conselho com representante de usuários ocupando a presidência.
- 112.** Os Conselhos e Conferências de Saúde, no entanto, necessitam melhorar sua atuação e ampliar a representação e a mobilização da sociedade. Há pouca articulação entre os diversos conselhos e os segmentos sociais organizados, gerando um processo de burocratização e desmobilização dos espaços de participação instituídos.
- 113.** A gestão participativa ainda é pouco praticada no conjunto dos Estados e Municípios, onde há pouco apoio ao funcionamento autônomo e organizado dos Conselhos de Saúde.
- 114.** Igualmente fundamental é conquistar e garantir, nos Planos de Saúde Municipais, Estaduais, do Distrito Federal e Federal ou em legislação específica, a sustentação material dos Conselhos, propiciando, os entes federados, estrutura e condições adequadas – pessoal e suporte técnico e econômico – para o funcionamento dos Conselhos.
- 115.** Os Conselhos devem estabelecer canais de comunicação com o movimento sindical e movimentos sociais organizados e com os usuários do SUS nas unidades de saúde, a fim de romper com o desconhecimento e o isolamento e, assim, ampliar a luta pelo direito social à saúde.
- 116.** A experiência brasileira de participação popular e de controle social do Estado no campo da Saúde é um aprendizado difícil, que exige diálogo, negociação e posicionamento político capazes de fazer avançar o processo de construção do SUS.
- 117.** Portanto, para que este momento signifique um passo adiante na direção de uma 15ª Conferência Nacional de Saúde que reafirme a defesa do direito social à saúde e do SUS, é necessário reafirmar o significado e o sentido da participação popular e do controle social do Estado na execução da política pública de saúde nestes 27 anos de criação do Sistema Único de Saúde.
- 118.** No campo da saúde dá-se também um processo de institucionalização de Conselhos Gestores, tanto de unidades de saúde quanto de Microrregiões de Saúde.
- 119.** Consoante com a Política Nacional de Ouvidoria do SUS, a Ouvidoria deve ser um instrumento da gestão participativa e da participação social, de disseminação de informações em saúde, de conscientização popular e de busca de equilíbrio e mediação entre usuários e gestores

do SUS, bem como instrumento de avaliação da administração pública e de contratos por ela celebrados.

120. No momento atual, há um debate fundamental na sociedade brasileira sobre a realização de reforma política, como uma necessidade estrutural no avanço para formas de representação e participação mais legítimas e democráticas, sem a interferência direta dos interesses econômicos e dos meios de comunicação de massas (mídia) monopolistas, controlados por reduzidíssimo grupo de proprietários.

121. Isto porque precisamos garantir que os setores sociais que não dispõem de capacidade e condições para exercer a cidadania e que foram mantidos fora do sistema político possam ser incluídos nas decisões nacionais.

122. A reforma política também é fundamental para que se aprofunde e aperfeiçoe a democracia participativa, com o estabelecimento de novas regras institucionais que garantam a ampliação da participação democrática e o fim do financiamento empresarial das campanhas eleitorais – mecanismo de captura da política pelo poder econômico – e da interferência do poder econômico na política visando fazer prevalecer os interesses dos grupos financiadores de campanhas em detrimento dos interesses coletivos da população.

123. É preciso democratizar a mídia também para garantir o direito à informação e reduzir o poder de filtro que preserva interesses de grupos específicos de proprietários, além de expandir alternativas aos meios de comunicação de massas.

124. Por fim, reformas democráticas e populares do Estado estão umbilicalmente ligadas a uma reforma tributária que coloque o Brasil na direção dos países que alcançaram sistemas tributários mais justos ao reduzir a tributação sobre o consumo e concentrá-la no patrimônio e na renda, de modo a viabilizar o financiamento de políticas públicas universais para toda a população brasileira nos campos da Saúde, Previdência Social, Educação e Habitação, entre outros.

125. Para isto é necessário: melhorar a distribuição das alíquotas do Imposto de Renda para pessoa física com faixas mais altas para os que muito ganham e o aumento da faixa de isenção para as classes trabalhadoras e setores das camadas médias; reduzir a tributação indireta sobre o consumo; aumentar a tributação sobre a acumulação de riqueza; aumentar o Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR dos grandes latifúndios; reduzir as taxas que incidem diretamente sobre o setor produtivo (Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI e Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS); acabar com a isenção dos lucros e dividendos e com a dedução dos juros sobre o capital próprio e aliviar a carga tributária dos trabalhadores com imposto progressivo.

ANEXO – O SUS no Município de São Paulo no Biênio 2013-2014

A Secretaria Municipal da Saúde aplicou na Saúde em 2014 **18,98%** do total de impostos arrecadados pela Prefeitura de São Paulo, portanto, aplicou percentual acima do mínimo estabelecido na Constituição Federal e na legislação vigente.

A Rede de Atenção à Saúde municipal contava em março de 2015 com 979 estabelecimentos e serviços de saúde próprios da SMS, sendo 18 hospitais, 449 Unidades Básicas de Saúde – UBS, 42 serviços de atenção domiciliar, 07 Unidades de Referência em Saúde do Idoso – URSI, 04 Centros de Referência em Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde, 98 Assistência Médica Ambulatorial 12 horas – AMA, 29 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, 06 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST, 26 Unidades DST/AIDS, 82 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e mais 65 outros equipamentos de Saúde Mental (Residências Terapêuticas, unidade de acolhimento e outros), 19 Centros Especializados em Reabilitação – CER, 13 Núcleos Integrados de Reabilitação – NIR, 05 Núcleos Integrados de Saúde Auditiva – NISA, 08 Rede Hora Certa – Hospital Dia, 16 Ambulatórios de Especialidades, 16 Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades – AMA-E, 19 AMA 24 horas, 16 Pronto-Socorro/Pronto Atendimento, 02 Unidades de Pronto Atendimento – UPA.

A atual gestão da Secretaria Municipal da Saúde, ao assumir em 1º de janeiro de 2013,

defrontou-se com a referida fragmentação decorrente da atuação no território da municipalidade das redes assistenciais de dois entes federados – Secretaria de Estado da Saúde – SES-SP e Secretaria Municipal de Saúde – SMS – sem integração sistêmica, ao lado da fragmentação da própria Rede de Atenção à Saúde municipal consequente à privatização direta ou indireta da gestão de serviços e de cerca de metade da rede local.

Retomou-se a **gestão pública** da Rede de Atenção à Saúde municipal no sentido da valorização da administração pública e da introdução de controles adequados das entidades conveniadas e contratadas pela SMS.

Convênios e contratos de gestão envolviam 6 hospitais, 12 microrregiões (296 unidades de saúde), 5 contratos de diagnóstico por imagem (32 serviços), 8 contratos de Pronto Socorro Municipal e Pronto Atendimento (13 unidades) e 48 convênios assistenciais, o que demandou a preparação e abertura de 22 editais de chamamento público para reestruturação de convênios e contratos em 2014.

Foi introduzida no contrato de gestão sanções, aplicáveis quando do descumprimento de cláusulas contratuais, as quais não haviam sido previstas nos contratos anteriores.

Em relação a administração pública municipal – direta e indireta – da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo foram abertos concursos públicos em 2014, depois de anos sem tê-los, sendo que já foram 1.243 funcionários nomeados na rede básica e especializada e 4.357 contratados para a Autarquia Hospitalar Municipal – AHM, e assinado o protocolo de negociação entre a PMSP e as entidades representativas dos servidores da saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, na Mesa de Negociação da Saúde, em 13 de outubro de 2014, o que resultou na aprovação da Lei nº. 16.122, de 15 de janeiro de 2015.

Tal instrumento legal, que *Dispõe sobre a criação do novo Quadro da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, institui o respectivo regime de remuneração por subsídio, altera o estatuto jurídico dos empregados públicos da Autarquia Hospitalar Municipal – AHM e do Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM e dá outras providências*, objetivou:

- a) harmonizar os salários praticados na administração direta e na indireta – Autarquia Hospitalar Municipal – AHM e o Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM;
- b) iniciar processo de compatibilização dos salários praticados no mercado público de trabalho e no privado, especialmente em relação aos salários praticados pelas organizações sociais – OS;
- c) incorporar gratificações: da saúde e prêmio de produtividade;
- d) contemplar os aposentados.

A reestruturação organizacional da SMS e a elaboração de Instrumentos de Gestão do SUS – valorizando-se processos ascendentes e participativos –, foram fundamentais na retomada da **gestão pública**, destacando-se a aprovação unânime no Conselho Municipal de Saúde do Plano Municipal de Saúde de São Paulo – 2014-2017.

No esforço de qualificar e ampliar a prestação de serviços de atenção básica o número de equipes completas de ESF⁶ aumentou de 1.095 (2012) para 1.306 em 2014, graças ao incremento de profissionais do Mais Médicos (248) e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB (29).

No Programa Bolsa Família foram cadastradas 74% a mais do que o existente em 2012.

Merece destaque a organização das ações programáticas do **Programa De Braços Abertos** – DBA e a construção participativa do plano operativo da Política de Saúde Integral da População LGBTT. O Programa de Braços Abertos mostrou-se à sociedade como uma iniciativa exemplar para o enfrentamento da complexa questão da drogadição por meio da redução de danos. O Programa conta com a atuação integrada de várias equipes vinculadas a diversas Secretarias Municipais, como a de Saúde, Trabalho, Desenvolvimento e Empreendedorismo, Assistência e Desenvolvimento Social e Segurança.

Foi reativada a Medicina Tradicional, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde – MTHPIS com aumento de 11.000 consultas entre os anos de 2012 a 2014.

Quanto à Assistência Domiciliar o programa federal Melhor em Casa permitiu uma

⁶ O número total de equipes na Estratégia de Saúde da Família – ESF aumentou de 1.269 em 2012 para 1.306 em 2014.

evolução quantitativa de 10 equipes em 2012 para 27 em 2014.

A Rede Hora Certa – Hospitais Dia são unidades ambulatoriais especializadas e resolutivas, com centros cirúrgicos dotados de profissionais e equipamentos para realizar procedimentos cirúrgicos. Esses equipamentos de saúde têm sido muito importantes na redução das filas dos procedimentos cirúrgicos, da fila de consultas especializadas e de exames de diagnose.

A Rede de Atenção Psicossocial, seguindo os rumos da reforma psiquiátrica, reduziu leitos em comunidades terapêuticas e em hospitais especializados psiquiátricos, investindo em requalificação de 5 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS II para CAPS III com ampliação de 50 leitos de hospitalidade noturna e inauguração de 2 CAPS Álcool e Droga – AD III.

Por sua vez foram ativados leitos de Saúde Mental em hospitais gerais e a unidade de internação UNAD – Unidade de Atendimento ao Dependente foi desativada sendo transformada em serviço de atendimento aberto. A licitação do projeto executivo para 30 CAPS foi concluída, existindo 17 terrenos já definidos, 8 com terreno em análise e 5 sem terreno definido.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi incrementada por meio dos incentivos federais decorrentes do Programa Viver sem Limites, sendo habilitados 15 NIR/NISA como Centros Especializados em Reabilitação – CER, a saber: 10 CER II com duas especialidades, 06 CER III com três especialidades e 03 CER IV com quatro especialidades.

Os CER IV de São Miguel Paulista e do Ipiranga foram inaugurados no final de 2014 e início de 2015, respectivamente, no interior de unidades de saúde próprias que foram inteiramente reformadas, funcionando com equipes de saúde da administração municipal direta.

As linhas de cuidado de hanseníase, hepatite viral e do sobrepeso obesidade foram construídas entre 2013 e 2014, sendo que o município conseguiu viabilizar 101 cirurgias bariátricas em 2014, número esse que era zero em 2012.

Quanto à Política de Saúde da Pessoa Idosa, na construção da linha de cuidado foi priorizada a Implantação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na atenção básica para definição do grau de fragilidade, qualificação da demanda e organização do atendimento, sendo criado um questionário para avaliação pela equipe multiprofissional de saúde e investimento na capacitação dos trabalhadores da saúde.

Está prevista a implantação de 08 Unidades de Referência em Saúde do Idoso – URSI, sendo que já foi definida a tipologia dessas unidades, estando hoje 02 com terrenos já definidos, 05 com terrenos em análise e 01 em busca de terreno.

Na Atenção à Saúde Bucal foram nomeados, após realização de concurso público, 200 cirurgiões-dentistas efetivos, feita Ata de Registro de Preços para confecção de 27.860 próteses e 4.000 aparelhos ortodônticos, inaugurados 03 novos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e elaborados Protocolos Clínicos de Atendimento para Câncer Bucal, Endodontia, Biossegurança em Saúde Bucal, dentre outros.

Quanto à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, foi concebida a Política Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, em 2013; investido na recuperação e adequação física dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST, equipamentos médicos e eletrônicos, veículos automotores e insumos diversos. Implantou-se o Programa de Saúde do Agente de Controle de Zoonoses e Animais Sinantrópicos, bem como se reforçou a participação no Programa Municipal de Saúde Vocal e de Qualidade de Vida no Trabalho (SMS). Merece destaque a implementação das ações de Vigilância de Saúde do Trabalhador(a) no contexto de Campanha de Aumento da Notificação de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho.

Na Assistência Farmacêutica destacou-se a reformulação da diretriz clínica para uso de metilfenidato, a edição do Memento de Fitoterapia e a adequação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME. Com relação aos medicamentos homeopáticos esta gestão assumiu o compromisso com a população em agilizar a finalização, o mais breve possível, do processo que teve início em 2010.

Na Assistência Laboratorial houve grande investimento em informatização dos laboratórios próprios no sentido de qualificar a oferta de exames e, também, de agilizar os processos de análise para encurtar o tempo de realização dos exames por meio de contratação de sistemas pré-analíticos e pós-analíticos automatizados.

Os laboratórios de vigilância em saúde (Centro de Controle de Zoonoses – CCZ e Centro de Controle de Intoxicações – CCI) e de DST/AIDS (CR Penha e SAE Líder) foram informatizados

e implantada a biologia molecular do HIV no Laboratório da Freguesia do Ó.

O laboratório do Centro de Controle de Intoxicações está sendo totalmente reformado.

No que diz respeito à atenção hospitalar, a SMS vem priorizando a recuperação e adequação de 10 hospitais municipais, 3 Pronto-Socorro/Pronto Atendimento e 2 Unidades de Pronto Atendimento – UPA, o que gerou a reativação de 230 leitos em 2013 e a ampliação de 78 em 2014.

Neste sentido, articulamos providências que contaram com a participação do Hospital Santo Antonio, UPA Santa Catarina e UPA Campo Limpo.

Quanto ao Hospital Sorocabana, o Município de São Paulo aguarda publicação de decreto de regulamentação, pelo governo do Estado, para se consumir a transferência do hospital para a municipalidade.

O Hospital Santa Marina está previsto para entrar em funcionamento em junho de 2015.

Quanto aos novos hospitais a serem construídos, a situação atual é a que se segue.

1. Hospital de Parelheiros (250 leitos): projeto e licitação da obra – concluídos, ordem assinada em dezembro de 2014 e previsão de começo das obras para início de 2015.

2. Hospital da Brasilândia (250 leitos): projeto e licitação da obra – concluídos e em programação o início da obra.

3. Alexandre Zaio (250 leitos): conclusão da licitação para o Projeto Executivo (RDC)* e elaboração do projeto em andamento.

Em 2014 as seguintes ações foram implementadas para o controle da transmissão e da prevenção da dengue: nova campanha de comunicação – Parceria SECOM/PMSP; publicação da Portaria SMS nº. 2286 que tornou obrigatória a notificação imediata dos casos de dengue e chikungunya; criação de Comitês Regionais por Subprefeitura para o Controle da Dengue proposição apresentada pelo Conselho Municipal de Saúde de São Paulo; mapeamento das áreas de risco e reorganização das ações de campo conforme classificação de risco, implantação de nova metodologia de aplicação de larvicida biológico em pontos estratégicos e desenvolvimento de 800 kits educativos para uso dos agentes de zoonoses nas ações de prevenção da dengue junto à população.

A sensibilização das equipes de saúde, quer de agentes do setor público, quanto do setor privado, bem como a instalação oportuna de tendas para assistência à saúde e hidratação, quando da elevação do número de pacientes, foram determinantes para evitar perdas de vidas decorrentes da doença.

A questão dos suprimentos de medicamentos e materiais médico-hospitalares foi equacionada para corrigir grandes e crônicas distorções dos processos de trabalho sendo realizado o mapeamento e redesenho desses, bem como do organograma da Área de Suprimentos da SMS.

Para tanto foram adotadas as medidas de criação de Sala de Situação de Suprimentos, elaboração de Lista Padronizada e Unificada – medicamentos, material médico-hospitalar, materiais odontológicos e de laboratório –, bem como a qualificação das bases de dados e implantação do Fluxo de Identificação de Processos.

Vale destacar que, no início de 2013, a Secretaria Municipal da Saúde recebeu as unidades e almoxarifados quase completamente desabastecidos e com as Atas de Registro de Preços da maioria dos itens já vencidas, o que ocasionou congestionamento nos processos licitatórios nos anos de 2013 e 2014.

Quanto à Tecnologia da Informação houve grande investimento na expansão do Sistema SIGA Saúde e a criação do Prontuário Eletrônico do Paciente para o registro completo dos atendimentos realizados contemplando todo o fluxo operacional do atendimento desde a entrada do paciente até a finalização da consulta pelo profissional. O prontuário encontra-se implantado em algumas unidades de saúde e assim que concluída a licitação para aquisição de computadores a implantação será estendida de forma ampla.

Residência Médica: ampliação de 205 vagas de R1 existentes em 2012 para 474 vagas em 2014; implantação da 8ª Comissão de Residência Médica – COREME para organização da residência médica em Rede.

Criação e implantação da Residência Multiprofissional em 2014, com 48 vagas: 13 enfermeiros, 07 assistentes sociais, 06 psicólogos, 06 fisioterapeutas, 06 cirurgiões-dentistas, 04 nutricionistas, 03 farmacêuticos, 02 fonoaudiólogos e 01 terapeuta ocupacional.

Repactuação e construção coletiva e ascendente nas áreas da **Atenção Básica** – Consultório na Rua e MTHPIS, Saúde da População Negra – e nas **Redes e Linhas de Cuidado** – Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede Cegonha – Saúde da Mulher, Rede de Urgência e Emergência, Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Saúde da Pessoa Idosa e Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Pontuamos ainda uma Política de Pessoas vivendo com Doenças Raras, iniciando-se pela pactuação entre a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e o Município.

Por fim, em documento anexo listamos a relação atualizada das unidades por Coordenadoria Regional de Saúde da SMS e a de reformas realizadas nas unidades de saúde nos anos de 2013, 2014 e 2015.

REFERÊNCIAS

1. CAMPOS, GWS. *Proposta para tornar o SUS uma utopia possível*. Revista Ser Médico Nº 69, out/nov/dez., 2014. p. 24-27. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=FlipRevista&id=69#/26/>
2. CAMPOS, GWS. *Regionalização é parte do caminho para fortalecimento do SUS: Para Atravessar o Círculo de Giz*. In: Regionalização é o Caminho! Reflexões, diálogos e narrativas sobre as Regiões de Saúde no Estado de São Paulo. Caderno COSEMS/SP, Volume 4, 1ª edição, São Paulo, 2015. p. 59-66.
3. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE – CEBES. Tese para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, 2015.
4. COSEMS/SP. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo "Dr. Sebastião de Moraes". *Carta de Campos do Jordão*. Março de 2015.
5. MENEZES, RF; ZIONI, F. SUS sob novo ataque. Jornal da USP, São Paulo, 13 abril 2009, Ano XXIV, nº 863. p. 2 e p. 12-13.
6. MIRANDA, A. *O desafio de construir a regionalização a partir de experiências próprias*. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/o-desafio-de-construir-a-regionalizacao-a-partir-de-experiencias-proprias/>
7. ROLAND, J. Mobilizar o povo para participar da 15ª Conferência Nacional de Saúde para o SUS Avançar.
8. SANTOS, L. SUS: A Região de Saúde é o Caminho. Disponível em: www.idisa.org.br/img/File/regiao_de_saude_%C3%A9_o_caminho_22_1_2014.pdf
9. SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Prestação de Contas, 25 de março de 2015. Câmara dos Vereadores de São Paulo.
10. SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Boletim CEInfo Dados, 2014.