

## 12ª Conferência Estadual de Saúde

### DEMOCRACIA E SAÚDE: SAÚDE COMO DIREITO CONSOLIDAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS

#### **Financiamento: garantia de recursos e investimentos em Saúde**

A Fundação Rockefeller que representa o capital na saúde foi a organização que elaborou este modelo juntamente com seus pares em âmbito internacional. A Organização Mundial de Saúde que é influenciada por esses interesses, acolheu esta proposta como forma de abrir o caminho para aumentar a oferta para compra de serviços na saúde. Estes setores reconhecem que para se atingir resultados positivos na saúde é necessário ter políticas de financiamento estruturadas que possibilitem o uso de serviços quando deles se necessita. Assim, segundo esta lógica, o financiamento para este acesso deve se dar TAMBÉM DE FORMA INDIVIDUAL, ou seja, além do financiamento público o financiamento será feito pelas pessoas. Este é o aspecto central da cobertura universal em saúde.

Desta forma, ela promete dar acesso a todos aos serviços de saúde, mas os ricos que têm maior capacidade de pagamento terão acesso a mais serviços que os pobres e as classes médias, que teriam acesso a um número menor ou básico de serviços, mesmo os públicos. Os pobres deixariam de ter tratamentos mais caros para doenças como câncer, transplantes, hemodiálise dentre outras, que só seriam oferecidos pelo setor privado aos ricos.

A proposta cria dependência dos pagamentos diretos incluindo consultas, exames auxiliares de diagnósticos, procedimentos terapêuticos e medicamentos, mesmo para as pessoas que dispõem de alguma forma de seguro saúde, criando uma barreira para a maioria das pessoas. Além disto, o uso ineficiente e desigual de recursos se constitui em outro obstáculo para a eficiência deste modelo.

Com relação a parte da população mais pobre que não pode contribuir por meio de impostos ou prêmios de seguro saúde, a proposta resolve esta questão com subsídio pelos fundos comuns ou por meio de receitas

governamentais, podendo tomar a forma de acesso direto a serviços financiados pelo governo ou através de subsídios aos seguros. Esta é a proposta de Bolsonaro para a saúde, o governo daria vouchers ou vales que seriam utilizados pela população na compra direta de serviços de saúde, estimulando a compra indiscriminada e sem planejamento de serviços. Sem qualquer orientação sobre que serviços acessar para aquela determinada necessidade de saúde. Além desta modalidade, entrariam os planos privados de saúde, ou os chamados planos populares de saúde.

O Brasil é um dos poucos países no planeta que possui um sistema organizado de saúde, cujo princípio da universalidade assegura o acesso equânime, em outras palavras, que precisa mais terá acesso a mais serviços e ações de saúde. E que possui a integralidade que é o atendimento das necessidades nas diferentes fases da vida, sem ter que pagar duas vezes por isto (uma pelo imposto arrecadado e outra diretamente no momento de uso do serviço).

A cobertura universal de saúde engana pelo que esconde no nome, na verdade é um modelo de sistema de saúde liberal baseado na defesa do lucro das empresas e do mercado, em prejuízo do direito de todos à saúde.

### **O que está em jogo em relação ao financiamento do SUS neste contexto da Conferência?**

Do ponto de vista formal, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Apesar de se tratar de uma determinação constitucional, o SUS não recebeu recursos suficientes para ampliar sua universalidade e integralidade nesses 30 anos, considerando o baixo volume de recursos aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, também nas comparações internacionais.

Nesses 30 anos, houve uma primeira regra para o financiamento do SUS, estabelecida nos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias, que reservava 30% do Orçamento da Seguridade Social para saúde, mas não foi cumprida.

A regra constitucional que acabou vigorando, por um longo tempo, foi a Emenda Constitucional nº 29/2000, que estabeleceu o limite mínimo (piso) de aplicação em Saúde.

- Para a União, deveria ser no mínimo igual à despesa empenhada no ano anterior atualizada pela variação percentual do valor nominal do Produto Interno Bruto do ano anterior;
- Para os Estados e Distrito Federal, 12% da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais de Impostos do exercício da aplicação;
- Para os Municípios, 15% da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais de Impostos.

Em 2015, essa regra havia mudado para União pela EC 86/2015, que fixou o piso em 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), que seria atingido de forma escalonada até 2020.

A Emenda Constitucional 95/2016 –também conhecida como PEC da Morte— alterou essas regras, o que agrava o subfinanciamento do SUS. Se houve um ganho – aparente – em 2017, com a antecipação do piso de 15% da RCL, a partir de 2018, a nova regra de cálculo desvincula o piso tanto da variação nominal do PIB (EC 29/2000) como da RCL (EC 86/2015).

De 2018 em diante, o valor mínimo aplicado será equivalente ao piso do ano anterior corrigido apenas pela inflação, sem qualquer ganho real e com queda per capita. Em 2017, a regra válida era apurada com base no saldo empenhado, portanto, mesmo em 2017 despesa paga total com Saúde foi muito inferior ao valor empenhado, o que foi responsável por um crescimento expressivo dos restos a pagar que passam a disputar recursos financeiros para pagamentos de despesas além dos pisos mínimos dos anos seguintes.

Com a mudança imposta pela EC 95, apesar do piso, os recursos federais alocados para saúde devem cair de 1,7% do PIB para 1,2% do PIB em 2036 e, por conseguinte, 2/3 das despesas do Ministério da Saúde transferidas para Estados, Distrito Federal e Municípios serão reduzidas, afetando o financiamento das ações de saúde desenvolvidas pelas esferas estaduais e municipais.

Nos três primeiros anos da sua implantação, a EC 95 dará um prejuízo de R\$ 6,8 bilhões ao SUS, se comparada com o nível de aplicação que teria ocorrido com a manutenção da EC 29.

Importante destacar também, que decorrem do que está sendo denominado “desfinanciamento” crônico da saúde como política de Estado, graves problemas

relacionados à insuficiência da participação da União, uma contradição entre o modelo redistributivo pressuposto na Constituição brasileira e o nível de gasto público em Saúde. Perdurando este ataque brutal da PEC da Morte, a diminuição e o garrote de recursos financeiros é uma precondição para carimbarmos de fato ao SUS a “não-universalidade”, a “não-descentralização” e vários outros problemas de gestão, para que ele negue si mesmo enquanto direito social.

Para enfrentar o referido desfinanciamento crônico do SUS, defendemos como medidas necessárias para recolocá-lo no caminho de um financiamento suficiente e sustentado:

1. A revogação da Emenda Constitucional nº 95/2016;
2. A aprovação da destinação obrigatória de 10% da receita corrente bruta anual da União à Saúde;
3. A realização de uma ampla campanha de esclarecimentos à sociedade sobre a bilionária renúncia de arrecadação e incentivos fiscais da União em favor de interesses privados na saúde, especialmente de planos e seguros de saúde, e em desfavor dos interesses da maioria da população brasileira;
4. A criação de um Imposto Geral sobre Movimentação Financeira – IGMF (imposto porque tem obrigatoriedade de repartição com estados e municípios nos termos constitucionais) e da tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas empresas multinacionais, atualmente isentas na legislação, e de todas as pessoas físicas e jurídicas com grandes movimentações financeiras, destinadas ao Orçamento da Seguridade Social – saúde, previdência e assistência social;
5. O estabelecimento da Contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para o Orçamento da Seguridade Social, conseqüentemente para a Saúde;
6. A rejeição da permanência da Desvinculação das Receitas da União – DRU, que retira 30% do Orçamento da Seguridade Social para o Tesouro Nacional, como forma de não prejudicar a “saúde” financeira do referido orçamento.

**Não cumprimento da lei 141/12** - O Estado Paranaense tem uma dívida histórica a com a saúde da população. Em janeiro de 2012, foi publicada a Lei Complementar nº 141 e mesmo com o ordenamento legal, o Paraná persistiu em sua trajetória de infringir a lei.

O Departamento Nacional do SUS em suas auditorias anuais nas contas da Sesa apontou que muitas das iniciativas pagas com o recurso do Fundo Estadual de Saúde não poderiam ser contabilizadas como ações em saúde, o que excluiria valores investidos na TECPAR, na Operação Aeromédicas, no Hospital da Polícia Militar e no Sistema de Saúde dos Servidores(SAS), dentre outras.

Outro órgão que excluiu despesas contabilizadas pela Sesa foi o Ministério Público de Contas, que detectou inconsistências na contabilização para fins de apuração do mínimo constitucional e legal, dos valores relativos à gestão da saúde dos servidores e seus dependentes (SAS) e à gestão do Hospital da Polícia Militar (HPM) em razão de que os serviços prestados no âmbito do SAS e do HPM não integram política pública de acesso universal, o que impede a inserção destes recursos para fins de apuração dos mínimos preconizados pela Lei Complementar nº 141/2012.

Estes fatos colaboram para que o SUS no Paraná não se organize de forma adequada e que afeta de forma negativa o cuidado e, conseqüentemente a qualidade de vida e saúde da população.

**Transferindo responsabilidade-** Nos últimos 8 anos vivemos na prática a onda de terceirizar setores das unidades da Sesa. Servem de exemplo os serviços laboratoriais, de nutrição e dietética e lavanderia dos hospitais próprios. Na grande maioria das vezes o serviços contratados apresentaram problemas de qualidade cujas denúncias com provas concretas foram devidamente encaminhadas para a Sesa e nada foi feito. Alocar alto investimento em contratos que trazem problemas a gestão é um contra-senso.

A Fundação Estadual de Atenção a Saúde merece um monitoramento e avaliação dos valores pagos pelo Estado, comparando resultados dos serviços prestados pela fundação.

A análise de contas da saúde referente ao ano de 2017 feita pelo Tribunal de Contas afirmou que “não é possível identificar real ganho e/ou evoluções na qualidade dos serviços prestados aos usuários, tampouco excelência na

gestão”, considerando que não se verificou a redução de estruturas e a redução de gastos pelo Estado.

Em sua primeira gestão a FUNEAS manteve em seu quadro funcional servidores já pertencentes ao quadro de pessoal do Estado. A estrutura física disponível é própria do Estado.

Além disso, não atingiu todas as metas estabelecidas por meio do Contrato de Gestão celebrado, dentro do prazo estabelecido, bem como não demonstra a expertise que justifique a transferência da gestão.

Propostas-

- Revisar os contratos de empresas prestadoras de serviços, dando ampla transparência dos custos, do monitoramento realizado e seus resultados.
- Garantir o cumprimento da Lei 141/12 pelo Estado , inclusive com a compensação dos valores não aplicados em anos anteriores
- Extinguir a Funeas e retomada pela Sesa das unidades que estão sob gestão da Fundação Estadual de Atenção a Saúde

### **Controle Social na Saúde: consolidando os princípios do SUS, os avanços e a importância da democracia na defesa da saúde**

A RENAST no Paraná teve seu início de implantação no ano de 2006 com a unificação das estruturas já existente do Centro Metropolitano de Apoio à Saúde do Trabalhador – CEMAST, e a Divisão de Coordenação de Saúde do Trabalhador, ligada à Diretoria de Vigilância e Pesquisa, criando o Centro Estadual de Saúde do Trabalhador – CEST.

Embora estas discussões já ocorressem no estado, foi a partir de 1986, com a realização da 1ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, que estas discussões foram registradas formalmente. Institucionalmente na SESA, foi no período de 1990 a 1992 que aconteceu a iniciativa do 1º Programa de Saúde do Trabalhador que subsidiou as equipes das Regionais de Saúde e os municípios para que executassem ações no campo da Saúde do Trabalhador. E, em 1992 constituiu-se o Fórum Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (FIST) que deu origem à Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador no

Conselho Estadual de Saúde. No mesmo ano, o Estado implantou o Sistema de Informação das Comunicações de Acidentes de Trabalho (SISCAT).

Em 1995 foi realizada a 2ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, em novembro de 1997, foi realizada III Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e, em outubro de 2005 foi realizada a 4ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador do Paraná.

Considerando o controle social como otimizador da ação institucional, entendemos que a organização institucional que ocorreu neste período desde a 1ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador tem sido consequência destas ações.

A partir do ano de 2011 realizaram-se os Ciclos de Debates em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, nestes momentos ocorreram oportunidades de debates e de qualificação das ações do controle social assim como de definições das ações e do planejamento da RENAST. Neste ano de 2019 os Ciclos de Debates ocorreram em momento de profunda recessão e retrocessos no campo das políticas públicas com cortes no orçamento destinados às políticas sociais, como saúde e educação, congelando por 20 anos estes recursos, perdas dos direitos da classe trabalhadora em que a reforma trabalhista causa profundo impacto na vida do conjunto das trabalhadoras e dos trabalhadores, impactando diretamente na qualidade e na segurança nos ambientes e nos processo de trabalho, além disto, a ameaça da reforma da previdência causa profundas reversões dos direitos duramente conquistados principalmente nas camadas mais vulneráveis da população. Diante deste quadro. Desta forma propomos:

Capacitação in loco para os técnicos do SUS: sensibilizar o controle social sobre a temática da ST, sensibilizar os gestores da importância de manter equipe

Controle Social: fortalecer o controle social, por meio de capacitação, em parceria com a ESPP/ EAD; divulgar a temática para os cursos de formação de nível superior/técnico; realizar formação Política da comunidade para novos conselheiros; acolhimento adequado sobre direitos das/os trabalhadoras/es;

manter a temática nas agendas de saúde (planos municipais, etc ); divulgar a PNSTT aos profissionais de saúde; criar um canal de comunicação entre os trabalhadores e os órgãos responsáveis ( ouvidoria; denúncias )

- Organizar a oferta de serviços de especialidades para atendimento aos trabalhadores/ consórcios etc ...
- Educação permanente em ST (trabalhador da saúde, usuário e gestor, controle social)
- Fortalecer a gestão e atenção humanizada, reconhecendo o usuário como trabalhador
- Integrar/ reforçar a indissociabilidade entre assistência e vigilância para superar a subnotificação
- Vigilância em Saúde atuando onde ainda não se tenha CISTT (educação sanitária) e apoiando os CMS com foco na promoção e prevenção
- Integrar a APS e as vigilâncias em saúde para fortalecer as ações em ST
- Ampliar e fortalecer a intersetorialidade com os sindicatos dos trabalhadores para construir ações efetivas nos diferentes ramos produtivos
- Construir roteiros de inspeção adequados aos diferentes ramos produtivos
- Trazer os cursos de VISAT/ FIOCRUZ para os técnicos e controle social
- Investir e valorizar o PCCS dos servidores
- Contratar e ampliar a equipe mínima
- Assegurar financiamento específico para a vigilância em saúde para as ações de ST
- Revogação da reforma trabalhista e PEC da Morte/95 gastos e não aprovação da reforma da previdência
- Garantir a manutenção e investimentos para o CEST/CEREST, contratando profissionais por meio de concurso público
- Ciclos de Debates a cada 2 anos intercalando com os encontros das CISTT

**Qualificação da atenção primária: do discurso à prática na última gestão da Secretaria de Estado da Saúde** muito se falou da construção de redes. O tema está registrado no Plano Estadual de Saúde, com objetivos e metas assim como nos relatórios de gestão foram apresentados os indicadores de cada projeto atividade

Na página 49 do 3º Relatório Quadrimestral de Gestão do ano de 2018 da Secretaria Estadual de Saúde – Sesa encontra-se a descrição de ações e valores investidos na Rede Mãe Paranaense conforme descrito a seguir:

#### Ações relacionadas à Meta

1.1.1 1. Apoio técnico e financeiro para os municípios para a melhoria da estrutura dos serviços de Atenção Primária em Saúde, investindo na construção, reforma, ampliação e equipamentos para as Unidades de Saúde da Família (USF).

- Repassados R\$ 28.618.853,64, incentivos fundo a fundo para obras municipais (dados preliminares).

- Repassados R\$ 3.381.521,25 por meio de convênios destinados a obras municipais (dados preliminares).

2. Repasse de incentivo financeiro para os municípios, fundo a fundo, para custeio das ações na atenção primária, com ênfase em critérios de vulnerabilidade epidemiológica e social, conforme Fator de Redução das Desigualdades Regionais. -

Repassados R\$ 41.458.762,12 para 391 municípios relativos ao incentivo do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS; incluindo o incentivo para 156 municípios referente ao APSUS – Família Paranaense (dados preliminares).

Somando esses e outros recursos destinados a Atenção Primária, e analisando estritamente do ponto de vista financeiro, realmente houve repasse fundo a fundo para os municípios viabilizando reformas e ampliação de Unidades Básicas de Saúde melhorando a ambiência e adequando as normas

sanitárias, aquisição equipamentos e renovação da frota para transporte sanitário.

Defendemos que a atenção primária deve ser financiada e qualificada para implantar a mudança do modelo assistencial em que a atenção primária em saúde seja coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, funcionando como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; tornando-se eficaz em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), e em sua capacidade de enfrentar os desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário que se aprofundou a partir do ano de 2017. Assim como para que o modelo de atenção a saúde esteja organizado mais próximo do território onde a/o cidadão mora.

Para o fortalecimento da atenção primária, o Estado instituiu um processo de acompanhamento e qualificação das Unidades Básicas de Saúde - UBS, denominado tutoria. Diante da implantação da tutoria que resultados foram obtidos na melhoria da atenção primária? Houve aumento da capacidade assistencial resolutiva e de qualidade? Os municípios que passaram pelo processo de tutoria incorporaram as novas práticas? Aquelas unidades que obtiveram os selos bronze, prata ou ouro, deram continuidade ao processo no seu cotidiano de trabalho?

## PROPOSTAS

Que a Sesa, desenvolva um processo de avaliação com critérios discutidos e definidos pelo controle social sobre o o processo de tutoria e de destinação de selos e os resultados obtidos no processo.

Os técnicos das Regionais de Saúde não tiveram participação na definição dos critérios a serem aplicados no processo de tutoria, assim seguiram o comando do instrumento de avaliação sem que houvesse espaço para adequação de realidades ou necessidades diferenciadas. Além disso, a adesão formal das UBS ao processo de Tutoria aconteceu sem que algumas Unidades iniciassem o processo, tendo como consequência o abandono da qualificação. Apontar as causas destes fatos e analisá-los podem ajudar na compreensão da realidade objetivando êxito na melhoria da qualidade da APS

## PROPOSTA

Que a SESA realize monitoramento e avaliação do processo e o apresente num encontro estadual para aprofundamento do debate assim como possibilitar a troca de experiências entre as equipes de tutoras/es das 22 RS.

De acordo com a Lei 8080/90 a SESA por meio das Regionais de Saúde tem a atribuição de apoiar e assessorar os municípios e a Portaria de nº 4279/2011 determina que a APS se torne efetivamente coordenadora do cuidado em seus territórios, mas para isso é preciso envolvimento das equipes no planejamento estratégico situacional para pensar no processo que deve ser feito, abandonando a prática da Sesa em centralizar as definições e destinar às equipes regionais, a implantação de determinações centralizadas.

Os municípios que participaram desse processo também precisam ser ouvidos e reavaliados, pois manter os critérios conseguidos para obtenção dos selos não é tarefa fácil. O que existem são equipes em número reduzido com excesso de demandas, dificuldade em romper hábitos, alta rotatividade de profissionais em decorrência de contratos de trabalho precário. Como exemplo citamos estudo realizado na macrorregião oeste em 2014 que concluiu que 36,46% são trabalhadores com vínculo precário. (<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00018.pdf>)

A padronização do instrumento de avaliação das UBS seguiu um padrão de itens que desconsiderou a observação das equipes de tutores. Outro aspecto a ser considerado é a necessidade de comparar municípios que tem unidades com selo de qualidade e o cumprimento dos indicadores pactuados no SISPACTO.

### **Propostas:**

- Revisão dos critérios de avaliação com ampla participação das/os técnicas/os das RS que fizeram o acompanhamento dos municípios que aderiram a Tutoria;

- Monitorar todos municípios, os que não aderiram ao processo os que aderiram mas não obtiveram o selo para determinação das causas como subsídio para adequação à realidade local;
- Garantir equipes de profissionais em número adequado nas Regionais de Saúde para que o processo de apoio e assessoramento seja feito com maior qualidade, resultando na efetiva aproximação do Estado com os municípios;
- Articulação da Sesa junto à seção de Atenção Primária e Vigilância em Saúde das Regionais de Saúde para que integração das equipes no apoio e assessoramento aos município;
- Revisão dos critérios de incentivo financeiro aos municípios, garantindo que os aportes de recursos sejam sustentados por critérios epidemiológicos e sociais;
- Planejamento de agenda permanente de reuniões das equipes de tutores das 22 Regionais de Saúde para avaliação e monitoramento da situação;
- Fazer levantamento geral dos itens contidos no Instrumento de avaliação da Tutoria na APS que não foram cumpridos pelos municípios nos anos de 2017 e 2018, possibilitando a elaboração de um diagnóstico da situação das fragilidades mais recorrentes da Atenção Primária em Saúde
- Garantir que no Plano Estadual de Saúde conste uma avaliação criteriosa do impacto na saúde da população do Paraná decorrente do processo de Tutoria

Rede de Mulheres Negras do Paraná

SindSaúde

Sindipetro PR e SC

