



Caderno de Propostas

Saúde

SAÚDE

Em 2014 o Sistema Único de Saúde (SUS) completou 26 anos de funcionamento. Essa política pública transformou o conceito de direito à saúde ao instituir a universalização do atendimento no território brasileiro. Alterou a forma de organização e a oferta dos serviços de saúde, mas evoluiu muito pouco na regulação do acesso aos serviços de média e alta complexidade¹. Isso acusa a escassa capacidade de colaboração e coordenação do sistema de saúde como um todo, o qual é constituído pelo SUS e Sistema de Saúde Suplementar.

A visibilidade pública e as obrigações não cumpridas das políticas públicas de saúde criaram expectativas que não têm sido atendidas por variadas razões, dentre as quais se destacam: baixo financiamento do setor, deficiente regulação administrativa e assistencial, baixa capacidade de atração de profissionais e gestão precária dos diversos equipamentos de saúde. Em 2002, no nível nacional, 59% dos brasileiros (pesquisa IBOPE-CNI²), aprovavam as políticas de saúde do Governo Federal. Este percentual³ (Ibidem) passou para 19% em junho de 2014.

Pesquisa recente realizada no Estado, sobre a

ALTERATIVA PARA A UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE NO RS

- **ACESSO** – Desenvolver um modelo de atenção que reúna o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema de Saúde Suplementar, a fim de alcançar a universalização com base na atenção integral
- **GESTÃO** – É necessário que os serviços se modernizem através da utilização intensiva de tecnologia de informação e comunicação.
- **QUALIDADE ASSISTENCIAL** – Enfrentar as questões de qualidade e segurança, melhorar os processos clínicos, fortalecer a gestão clínica e assegurar que as evidências sobre as melhores práticas se incorporem na prestação de serviços.
- **FINANCIAMENTO** – Cumprir a Legislação Constitucional que define os percentuais a serem aplicados pelas esferas de governo Federal (10%), Estadual (12%) e Municipal (15%) quanto aos recursos aplicados a saúde, e utilizá-los de forma mais eficiente.

¹ Médici, A. 26 anos de SUS: avanços e desafios. 20 de junho de 2014. <http://www.monitordesaude.blogspot.com.br/>

² IBOPE-CNI, 2014.

³ Ibidem.

percepção da população em relação às políticas públicas⁴, identificou que **o pior problema do Estado** localiza-se na **saúde** (31,9% das respostas), seguido pela violência com 20,6%. Em um patamar menor constam as drogas, sendo apontadas como um problema por 7,4% dos entrevistados. A questão das drogas, que se encontra associado à violência (insegurança gerada pelo tráfico de drogas) e saúde, aponta a necessidade de ações intersetoriais associadas (saúde, educação, segurança, esportes, etc.). Adicionalmente, a população classificou como a primeira área prioritária a **saúde** (62,5%), enquanto o combate às drogas chegou a 4,5%. A pesquisa também assinalou que a primeira prioridade é mais destaca pelas mulheres (64,9%), gaúchos de 60 anos ou mais (67%), com ensino fundamental (66,2%) e que ganham até 1 SM (73,2%); por regiões do Estado sobressai a Nordeste (70,9%) e Sudeste (68,5%).

A Agenda 2020 tem identificado lacunas persistentes no acesso aos serviços de saúde, na qualidade assistencial, na gestão e no financiamento. Essas insuficiências decorrem, dentre outros aspectos, da condução parcial do sistema de saúde, da evolução demográfica e tecnológica.

O QUE QUEREMOS

A universalização da saúde no RS

ATUALMENTE

A Agenda 2020 almeja que o Estado seja “o melhor lugar para se viver e trabalhar”. A saúde, um bem público indispensável, ocupa posição privilegiada e necessita de uma nova abordagem que reconheça os múltiplos recursos - do SUS e do Sistema de Saúde Suplementar - a fim de garantir a universalização da saúde aos gaúchos.

O principal argumento deste documento: a necessidade de corrigir rumos e assumir novos posicionamentos que promovam e produzam respostas positivas, a fim de que sejam atendidos os reclamos da população e, conseqüentemente, eleve-se o grau de

⁴ Instituto de Pesquisa Rosenfield. Análise estratégica – Pesquisa – Percepção dos gaúchos. Rio Grande do Sul, março/2014.

satisfação. Abrange a atenção básica consistente interconectada com a atenção de média e alta complexidade. Essa tarefa fundamental exige um novo modelo de saúde em que os serviços sejam mais acessíveis e estejam mais próximos dos gaúchos. Isso requer, por parte do Poder Público, grande capacidade de articulação e coordenação entre os equipamentos de saúde do SUS, da Saúde Suplementar e de outras referências intersetoriais.

Existem pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação uns com os outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. A atenção básica, por exemplo, não se comunica fluidamente com a atenção de média e alta complexidade, além do que esses níveis não se articulam entre si, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos.

Houve um esvaziamento da inteligência de gestão e conhecimento epidemiológico na saúde. É indispensável que a **Secretaria Estadual da Saúde** retome e fortaleça a sua capacidade de coordenação e colaboração, próprios de uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos, a fim de responder às necessidades de saúde. Isso se fará por meio de um “sistema sem muros”, **eliminando barreiras de acesso** entre os diversos níveis de atenção – do domicílio para o hospital, dos generalistas para os especialistas - ligados por corredores virtuais que ultrapassem, de fato, as fronteiras municipais com vistas à utilização eficiente dos recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados.

Os gastos totais em saúde no Estado têm crescido nos últimos anos, o que é louvável (Vide Quadro 1). Entretanto, são necessários mais recursos e maior eficiência no uso, a fim de que a universalização da saúde seja alcançada.

Quadro 1: Percentual de aplicação pelo governo estadual em saúde, período de 2006 a 2013, RS, 2014.

Ano	% a ser aplicado EC	% aplicado
Base	29, LC 141/12	
2006	12	4,7
2007	12	4,6
2008	12	4,4
2009	12	4,1
2010	12	5,1
2011	12	6,2
2012	12	6,5
2013	12	8,5

Fonte: Conselho Estadual de Saúde RS, 2014

O Tribunal de Contas do Estado⁵ (TCE-RS) divulgou um balanço dos investimentos feitos pelos municípios gaúchos em saúde no período de 2006 a 2010. Pelo levantamento, todas as 497 cidades gaúchas gastam os 15% da receita municipal com saúde, conforme o exigido pela Constituição⁶.

Embora tenha ocorrido acréscimo no montante de recursos aplicados em saúde no Estado, o fato relevante é que esse aumento não alterou, de forma expressiva, alguns indicadores de saúde. Por exemplo, praticamente não alterou a frequência anual de óbitos infantis (Vide Quadro 2).

⁵ Relatório do Tribunal de Contas do Estado do RS, Portal do Tribunal, 2013.

⁶ **Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012 – Presidência da República.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Quadro 2: Mortalidade infantil, RS

Ano	Mortalidade Infantil
2010	1486
2011	1581
2012	1500
2013	1489

Fonte: NIS/DTA/CEVES/SES-RS), 2014

Observou-se um aumento do número de casos de tuberculose no Estado, além de ser a Unidade da Federação recordista em casos novos de AIDS, chegando em 2012 a 41,1 casos por 100.000 habitantes (Sinam/Datasus).

Manteve-se, na área hospitalar, o fenômeno da **superlotação nas emergências hospitalares**, o que aponta a existência de uma demanda reprimida por internações e cirurgias, sendo desconhecidos os números, uma vez que as listas de espera (filas) encontram-se nas Secretarias de Saúde dos 497 municípios do Estado.

Enquanto o aumento de leitos no período de 2010 a 2013 chegou a 883 unidades (Vide Quadro 3), a média de internações mensais elevou-se em 1.377 internações (Vide Quadro 4), o que demonstra um acréscimo pouco expressivo diante da pressão por internações.

Quadro 3: Número de Leitos SUS, RS

Ano	Nº de Leitos
2010	22840
2011	22722
2012	23184
2013	23723

Fonte: CNES, 2014

Quadro 4: Internações por ano e média mensal no RS

Ano	Nº de Internações	Média Mensal
2010	730494	60874
2011	705167	58763
2012	725200	60433
2013	747019	62251

Fonte: SIHD/DATASUS, 2014

A única exceção de aumento expressivo na área de internação hospitalar correspondeu à **internação por álcool e drogas**, que passou de 1.484 internações em 2010 para 5.149 internações em 2013, evidenciando o alarmante aumento de usuários de *crack* e outras drogas no Estado.

O QUE FAZER

A Agenda 2020 entende que a saúde precisa mudar e para isso é necessário que:

- 1) A Secretaria Estadual da Saúde, em conjunto com a saúde suplementar, bem como outras instâncias governamentais e comunitárias, busque uma melhor gestão do sistema.
- 2) O Estado possua redes assistenciais interconectadas que permitam o uso possível dos recursos de saúde – SUS, Saúde Suplementar e outros equipamentos sociais – em cada Macrorregião, gerando um modelo de atendimento com foco no paciente, garantindo a continuidade do acesso a todos os níveis assistenciais, qualificando as redes de serviços e a coordenação do acesso, com respostas adequadas às necessidades dos usuários nos âmbitos da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

- 3) O Setor Saúde receba mais recursos do Poder Público, associado a uma melhor eficiência de sua utilização.

Propostas da Agenda 2020 para a Universalização da Saúde no Estado do RS

A Agenda 2020 apresenta suas propostas com base em quatro pilares que são apresentados a seguir.

Pilar 1: Acesso

Vincula-se basicamente aos direitos da população. Ela reclama das extensas e demoradas filas para consultas especializadas, exames e procedimentos, dificuldades para obter medicamentos e baixa resolubilidade dos problemas de saúde, além dos cidadãos se sentirem desrespeitados, o que expressa o grau de insatisfação com a forma como são atendidos e a baixa eficácia dos serviços.

1. Desenvolver um modelo de atenção que reúna o **Sistema Único de Saúde** e o **Sistema de Saúde Suplementar**, a fim de alcançar a universalização com base na atenção integral: foco no acesso às unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família, ambulatórios de programas preventivos e equipes de atendimento domiciliar, bem como diagnóstico e tratamento especializados.
2. Universalizar o atendimento prestado pelo SAMU, sem distinção se a remoção do paciente será efetuada para serviços da rede do SUS ou do Sistema Suplementar de Saúde.
3. Aprimorar a utilização da capacidade instalada da Rede Hospitalar SUS e do Sistema Suplementar de Saúde, em particular com a ampliação de leitos de UTI.
4. Aperfeiçoar a regionalização dos serviços de saúde estendendo as redes de média e alta complexidade com incorporação de tecnologia adequada a todas as Macrorregiões de Saúde.
5. Promover ajustes na política de saúde mental com o propósito de corrigir distorções promovidas pela aceleração do processo de desinstitucionalização,

assim como fortalecer os equipamentos de saúde mental que assegurem assistência de urgência, atendimento ambulatorial especializado e multidisciplinar. Adicionalmente, recomenda-se que os hospitais gerais ofereçam unidades psiquiátricas com capacidade para prestar assistência multidisciplinar, bem como outros recursos assistenciais.

Pilar 2: Gestão

Verifica-se baixa produtividade dos serviços oferecidos pelo SUS e dissociação entre este e a Saúde Suplementar, desde a atenção básica até a atenção de média e alta complexidade, o que desafia a inteligência dos gestores públicos no sentido de encontrar modelos de gestão de serviços que aumentem a autonomia gerencial, premiem a eficiência e remunerem os prestadores de acordo com os resultados alcançados. É necessário que os serviços se modernizem através da **utilização intensiva de tecnologias de informação e comunicação** que permitam, por exemplo, a marcação eletrônica de consultas médicas e a existência de registros eletrônicos para o acompanhamento, produção e análise de dados e tendências do setor, o que possibilitará o planejamento e controle mais eficientes e eficazes. Além disso, é preciso estabelecer uma produtiva **interconexão do SUS com a Saúde Suplementar**, uma vez que cerca de dois terços dos leitos hospitalares pertencem à iniciativa privada⁷. A interconexão entre o SUS e a saúde suplementar pode funcionar como vasos comunicantes, equilibrando o sistema em benefício da universalização da saúde.

6. Fortalecer o Sistema Único de Saúde estimulando a interconexão entre o SUS e o Sistema de Saúde Suplementar através do seguinte: a) identificação de oportunidades do setor suplementar no investimento e na prestação de serviços, b) priorização do planejamento e regulação do setor suplementar no atendimento público de saúde (por exemplo, estabelecendo critérios para a qualificação dos prestadores, bem como mecanismos de controle e de remuneração eficientes), c) viabilização do intercâmbio de informações assistenciais entre os prestadores do SUS e da Saúde Suplementar, d) alinhamento e compartilhamento do planejamento dos recursos necessários,

⁷ Esses leitos se encontram à disposição da Saúde Suplementar, do SUS e de clientes particulares.

tanto para o SUS quanto para a Saúde Suplementar, através do diálogo permanente entre as operadoras de saúde e a Secretaria Estadual da Saúde, e) integração dos dados de produção assistencial do SUS e da Saúde Suplementar, possibilitando o desenvolvimento de estatísticas populacionais de saúde para o planejamento e execução de ações.

7. Estimular o aumento da competitividade, produtividade e de ganhos de eficiência e de economia de escala para o SUS e Saúde Suplementar.
8. Desenvolver parcerias público-privadas (PPP), com compartilhamento de riscos operacionais e financeiros.
9. Instituir uma política efetiva de educação e comunicação pública em saúde, aplicável ao SUS e a Saúde Suplementar, que garanta a todos a promoção de ações individuais e coletivas, para evitar doenças transmissíveis e não transmissíveis e a prevenção contra os principais fatores de risco, incluindo aqueles de ordem comportamental, social e econômica, relacionados ao trabalho, às condições de moradia e ao meio ambiente, assim como orientações para a utilização eficaz da rede de serviços de saúde.
10. Dispor de uma política consistente de regulação administrativa e assistencial com foco na garantia do acesso, controle de fluxo, agilidade e qualidade do atendimento aos usuários.
11. Implantar, em parceria com instituições educacionais e de pesquisa, com tradição no setor, programas abrangentes de desenvolvimento institucional e de capacitação de gestores e especialistas, em todos os níveis.

Pilar 3: Qualidade Assistencial

É necessário enfrentar sistematicamente as questões de qualidade e segurança, melhorar os processos clínicos, fortalecer a gestão clínica e assegurar que as evidências sobre as melhores práticas se incorporem na prestação de serviços.

12. Estimular a implantação de protocolos e diretrizes assistenciais que garantam a melhor qualidade do cuidado, com observância aos princípios éticos e de autonomia profissional.
13. Incentivar a participação em programas de acreditação dos serviços de saúde com foco em resultados assistenciais.
14. Promover ações que conduzam todas as unidades de saúde (SUS e Saúde Suplementar) a utilizarem indicadores de qualidade e segurança, articulados aos existentes nos níveis nacional e internacional, valorizando com incentivos e subsídios a busca da excelência assistencial e as melhores práticas.

Pilar 4: Financiamento

A deficiência de recursos e a ineficiência da utilização dos mesmos são fatores que potencializam a dificuldade em cumprir a universalização, a integralidade e a complementaridade no setor saúde.

15. Cumprir a Legislação Constitucional que define os percentuais a serem aplicados pelas esferas de governo Federal (10%), Estadual (12%) e Municipal (15%) quanto aos recursos aplicados na saúde, e utiliza-los de forma mais eficiente.
16. Instituir incentivos fiscais, financeiros e linhas de crédito subsidiadas e equalizadas pelo Tesouro do Estado, para alcançar as metas de ampliação universal e equânime do acesso, construção e ampliação de novos leitos hospitalares e serviços de média e alta complexidade, e, ainda, as orientadas para a melhoria da gestão, regulação e qualificação institucional e assistencial nos segmentos públicos e privados de atenção à saúde.
17. Criar programas de desoneração tributária do ICMS e do ISS para a ampliação/qualificação da capacidade instalada, aquisição de equipamentos para a renovação tecnológica dos parques assistenciais, com contrapartida social e, ainda, para medicamentos em programas prioritários direcionados a grupos de risco biológico e social, assim como para diagnóstico e tratamento de idosos e portadores de patologias de longa duração ou incapacitantes.

Eixos estratégicos de interpretação do desempenho da prestação de serviços de saúde e suas interações

