

O SUS na próxima década

Reflexões sobre a atuação do SUS nos próximos anos

Caminhos das políticas públicas sanitárias no Brasil



Textos publicados na
Domingueira de Saúde - Gilson Carvalho
entre outubro e dezembro de 2022

O SUS na próxima década

Reflexões sobre a atuação do SUS nos próximos anos

Caminhos das políticas públicas sanitárias no Brasil

Textos publicados na
Domingueira de Saúde - Gilson Carvalho
entre outubro e dezembro de 2022

idisa.org.br/domingueira

Sumário

Apresentação	4
Repensar o papel do Ministério da Saúde - <i>Lenir Santos</i>	5
A região da saúde - <i>Nelson Rodrigues dos Santos</i>	10
Gestão pública para o século XXI - <i>Gonzalo Vecina Neto</i>	15
Sistema de saúde no Brasil e desafios para do SUS - <i>Carmem Lavras</i>	21
O financiamento adequado da saúde - <i>Francisco R. Funcia</i>	31
Saúde digital e sistema de informações em saúde - <i>Fernando Aith</i>	35
Desenvolvimento da ciência e tecnologia na saúde - <i>Adriano Massuda</i>	40
Modelo assistencial - <i>José Fernando Casquel Monti</i>	47
Desafios da diplomacia da saúde em 2022-2023 - <i>Paulo M. Buss</i>	52
Judicialização da saúde: como pensar no futuro - <i>Clenio Jair Schulze</i>	56
O que esperar do SUS nos próximos anos - <i>Carmino de Souza</i>	59

Apresentação

Sempre que temos um processo eleitoral, temos nossas esperanças renovadas de que novos e melhores tempos possam vir para a Saúde Pública, conseqüentemente, ao nosso SUS. Neste momento em particular onde estamos ainda convivendo no que podemos chamar de a maior crise sanitária dos últimos 100 anos, com toda a sua gravidade e dramaticidade, arrefecida, mas não terminada, fica a pergunta: como será nosso futuro na saúde pública em curto, médio e longo prazo. Muitos estudiosos de várias especialidades e profissões, todas elas ligadas à saúde pública têm debatido o assunto e opinado sobre o que virá e como faremos para ultrapassar estas dificuldades.

Os textos aqui apresentados, foram publicados primeiramente na **Revista Domingueira da Saúde Gilson Carvalho**, entre os meses de outubro e dezembro de 2022. A Domingueira de Saúde é uma publicação semanal do **Instituto de Direito Sanitário - IDISA** em homenagem ao Gilson Carvalho, o idealizador e editor durante mais de 15 anos, na qual encaminhava a mais de 10 mil pessoas informações e comentários a respeito do **Sistema Único de Saúde** e em especial de seu funcionamento e financiamento. Com a sua morte, o **IDISA**, do qual ele foi fundador e se manteve filiado durante toda a sua existência, com intensa participação, passou a cuidar da Domingueira hoje com mais de 15 mil leitores e agora tem o formato de uma Revista virtual. A **Revista Domingueira** continuará o propósito inicial de **Gilson Carvalho** de manter todos informados a respeito do funcionamento e financiamento e outros temas da saúde pública brasileira.

Os conteúdos elaborados tem como base as discussões promovidas pelo IDISA e que deram origem a proposta de ações a serem desencadeadas pelo próximo governante eleito, pretendemos realizar um conjunto de análises voltadas para propostas que levem em conta a próxima década em sua viabilização.

Repensar o papel do Ministério da Saúde

Por Lenir Santos

Fui convidada a escrever na Revista Domingueira da Saúde, que está promovendo reflexões sobre a atuação do SUS na próxima década, com o tema a mim incumbido sobre o papel do Ministério da Saúde, os aperfeiçoamentos e mudanças que possam contribuir para enfrentamento dos desafios que batem à porta dos sistemas de saúde universais.

O SUS, criado na Constituição de 1988, artigo 198, é definido como o resultado da integração das ações e serviços públicos de saúde dos entes federativos, organizados de modo regionalizado e hierarquizado quanto a complexidade de serviços, descentralizado, integral e participativo. A Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), dispôs sobre a sua organização e funcionamento, definindo o papel dos entes federativos incumbidos desse dever.

O SUS, de concepção originária da Reforma Sanitária, já se fez presente no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), Decreto nº 94.657, de 1987, enquanto a Assembleia Nacional Constituinte de 1987-88, gestava a constitucionalização da saúde como direito de todos e dever do Estado. Organizar um sistema interfederativo de saúde, de direção única em cada esfera de governo, gestão compartilhada, pondo fim à dicotomia assistencial e à centralização de competência, era a meta final.

A Lei nº 8.080, de 1990, por sua vez, dispôs sobre a competência comum e singular de cada ente federativo, em seus artigos 15 a 18, fortalecendo o papel do Estado-membro e de seus municípios, com transferência de recursos da União de forma global, fundada em critérios socioeconômicos, prestacional e de desempenho, sem o engessamento que foi sendo promovido pelo MS ao longo dos anos, por portaria.

Após a vinculação do Inamps ao Ministério da Saúde (MS) em 1991 e a sua extinção em 1993, muitas de suas atribuições – que deveriam ser revistas, reformuladas ou extintas – foram traspassadas para o Ministério da Saúde, com pouca crítica reformadora, assumindo o MS um papel mais inampiano do

que o exigido pelo SUS. A casa velha foi morar na casa nova sem muita crítica quanto ao que demolir, mudar, alterar, reformar.

A começar pela tabela de procedimentos – até hoje vigente – a pautar as transferências dos recursos da União para Estados e Municípios, que de algum modo foram tratados como prestadores de serviços federais e não como entes federativos incumbidos do dever de garantir saúde para a população. O próprio modelo de auditoria do Inamps, que foi transferido para o MS, contaminou alguns avanços da Lei nº 8.080, de 1990. Assim a casa velha foi dominando a casa nova, com o MS adotando hábitos e costumes destituídos de visão de futuro exigida pelo SUS.

A medida que o tempo foi passando, consolidaram-se equívocos e erros, e insisto em dizer, a começar pela forma de transferência de recursos federais – que induziu o modelo de gestão estadual e municipal – que jamais observou os critérios do artigo 35 da LOS, tampouco os da Lei nº 8.142, de 1990, e atualmente não observa os da LC 141, de 2012, mantendo-se fiel a tabela de procedimentos e outros aspectos como a PPI (Programação Pactuada Integrada); a regimentos excessivos, muitas vezes inconsistentes e impossíveis de serem absorvidos pelos gestores da saúde, dada a sua profusão.

O SUS da Reforma Sanitária, bem como o disposto na LOS, impunha ao MS um forte papel de órgão nacional pensante, formulador, planejador, regulamentador; de monitoramento e avaliação; de identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, com formulação de política de saúde destinada a promover nos campos econômico e social a redução de riscos de doenças e outros agravos, como o meio ambiente, o saneamento básico, qualidade dos alimentos industrializados; formação de pessoal para o SUS, etc.

Ao MS, nos termos da lei, cumpre o papel de coordenador nacional da vigilância sanitária, epidemiológica, nutricional; de planejamento estratégico, como exemplo, a indução de políticas de desenvolvimento técnico-científico, industrial da saúde; de identificação e gestão de riscos do SUS, identificação de matriz de risco e desenvolvimento de cultura de sua mitigação, pois riscos em saúde implicam danos à saúde da coletividade, ou seja, da vida.

No âmbito do planejamento estratégico, é do MS a produção de análises

quantitativas e qualitativas, como o número de profissionais de saúde a serem formados em áreas específicas para atender o SUS), política salarial, seus impactos e fontes de recursos, evitando crises como o do piso da enfermagem, por exemplo. Políticas indutoras de superação dos vazios assistenciais nas regiões de saúde e da aplicação das emendas parlamentares no planejamento sanitário, por exemplo; atuação na falta de médicos em locais de dificuldade de sua fixação, com medidas conjunturais e estruturais, somente ocorrida vinte anos depois ; de formação de recursos humanos para a saúde pública em razão de suas necessidades; promoção de estudos sobre os custos da saúde, financiamento adequado, com propostas e ações concretas de superação de suas dificuldades. Orientar, monitorar e avaliar permanentemente a saúde digital e atuar de forma segura e robusta sistema de informações em saúde intercambiável com Estados e Municípios, com possibilidade de atuar um cadastro único, com proteção de dados, entre outros.

Ainda que se possa reconhecer que o MS atua em diversos dos campos acima mencionados, nem sempre o fez ou faz de modo satisfatório, articulado, integrado, com resultados concretos a inibirem crises ante a visão estratégica de longo prazo que antecipa problemas e aponta soluções.

Há ainda atribuições afeitas muito mais ao Estado-membro, como o relacionamento direto com os 5.570 municípios, inibindo a articulação direta do MS; a organização e funcionamento da região de saúde – caminho organizativo natural do SUS – priorizando a transferência de recursos pelos critérios da lei, pelo planejamento regional da saúde; o contrato organizativo da ação pública da saúde na região de saúde como relevante instrumental para o monitoramento e avaliação de desempenho e resultados do SUS regional.

O não cumprimento dos critérios de rateio do artigo 17 da LC 141, de 2012, tem consequências em toda a gestão do SUS pelo fato de, à luz do controle, ser tratado como um convênio, mitigando autonomias federativas. Os 12 critérios de rateio, sistematizados em três eixos : promoção de equidade; desempenho do ano anterior; e rede de serviços instalada, transformaria qualitativamente a forma de controle, monitoramento e avaliação do SUS, centrando-se muito mais na avaliação de desempenho qualitativa e induzindo correção de rumos e políticas públicas.

O envelhecimento populacional e a incorporação tecnológica requerem urgente planejamento de longo prazo para dimensionar custos

e adoção de políticas específicas, como a educação para o autocuidado; alerta para o conceito de saúde e de consumo, dado que a incessante tecnológica acrítica põe em risco os princípios sanitários de sistemas públicos e universais, transformando equivocadamente saúde em objeto de consumo.

Importante criar na população uma cultura sanitária contra a implantação de um modelo de saúde de consumo. Hoje já se faz sentir no país marketing de grandes conglomerados de saúde a induzir a população a desejar consumir saúde e não a ser corresponsável pelos cuidados com a sua saúde e ter sentimento de pertencimento e solidariedade com o sistema público de saúde, que deve sempre ser universal e igualitário.

A incorporação de tecnologia precisa de novos paradigmas e forma de funcionamento para que as listas nacionais de medicamentos e de ações e serviços de saúde – Renases e Rename – sejam justas e sóbrias quanto a incorporação de novas tecnologias, uma vez que 75% das inovações não são de fato inovações, mas nova roupagem a encarecê-la. A discussão sobre rol taxativo e rol exemplificativo nos planos de saúde, exige providências urgentes no SUS em relação às suas próprias relações de medicamentos e serviços que precisam ser justas.

A atribuição do MS de direção e coordenação nacional, urge encontrar seu ponto de equilíbrio dado o SUS ser um sistema de compartilhamentos e interdependências federativas, exigente de cooperação permanente e obrigatória entre os entes para atender o seu modelo integrado, interdependente e interfederativo.

Para finalizar, ressaltamos que o MS precisa de uma revisão de seu papel estratégico no SUS para enfrentar os desafios que estão postos para os próximos dez anos, como a pandemia da Covid-19 demonstrou e talvez não seja a única, que apontam um futuro complexo para os sistemas universais de saúde, onde a incorporação de tecnologia tem um papel decisivo em razão de seus benefícios versus custos e que associada à longevidade, exige novas formas de pensar a saúde, novas estratégias de atuação, como a das corresponsabilidades entre profissional de saúde e usuário (por ultrapassada a figura ativa-passiva); transparência e sobriedade e reforço qualitativo da participação da

sociedade na definição das políticas de saúde.

Lenir Santos, advogada, doutora em Saúde Pública pela Unicamp, professora colaboradora do Departamento Saúde Coletiva Unicamp e presidente do Instituto de Direito Sanitário – IDISA.

A região da saúde

Por Nelson Rodrigues dos Santos

Vale iniciar pelas raízes da implantação e desenvolvimento da atenção básica à saúde nos anos 1970, em plena ditadura. Por iniciativa das prefeituras municipais em todo o país, voltada às periferias urbanas e vilas rurais submetidas a inusitada pauperização. Afortunadamente, desde o início, com atendimento universal por ações integradas de prevenção e cura, tendo como vanguarda os municípios beneficiados por integração com projetos de saúde de universidades públicas próximas. Simultaneamente, evoluía no seio da universidade, o movimento da reforma sanitária brasileira que debatia e propunha um sistema público de saúde nos moldes do bem sucedido na Inglaterra e debatido na Itália.

Nos anos 1980, no seio da crescente mobilização social pela volta à democracia, os avanços municipais na saúde, em consolidação e organização em cada estado, assumiram, junto ao movimento da reforma sanitária, a bandeira de luta com metas de atenção básica com 80 a 90% de resolutividade para 80 a 90% da população, e junto aos estados, pleiteando ao poder federal, o apoio imprescindível à organização e implementação das regiões de saúde. Esta é a síntese do modelo de atenção à saúde vigente nas sociedades socialmente mais desenvolvidas.

Em cada região de saúde deveriam evoluir capacidade física de serviços e profissionais de saúde, desde atenção básica até os mais complexos, para atender a quase totalidade das necessidades e direitos de saúde da população, respeitando as realidades sociais e epidemiológicas de cada região, sob o ângulo da região de saúde enquanto menor célula sistêmica do SUS.

O movimento da reforma sanitária brasileira realizou em 1986, a histórica 8ª conferência nacional de saúde que debateu e aprovou as diretrizes para o SUS: Universalidade, Integralidade, Equidade, Regionalização/Hierarquização, Descentralização, Participação Social e outras, que em 1988 foram debatidas e aprovadas na assembleia constituinte. É sempre oportuno destacar a reconhecida interdependência na implementação dessas diretrizes, aos níveis conceitual, estratégico e operacional. O Título da Ordem Social em nossa

Constituição refletiu cabalmente o nível mais civilizado e civilizatório atingido em escala mundial pela relação sociedade-estado: - estados de bem estar social, ainda que albergando importantes diferenças entre si, na maioria dos países europeus, Canadá, Japão, Austrália e outros.

Considerando o ritmo em que nos anos 1970, em plena ditadura, iniciou-se a gestação do SUS e, nos anos 1980, em grande debate social e constitucional, aprovado, as prospecções apontavam na época, para que, nas duas décadas seguintes, o conjunto das diretrizes constitucionais em implementação já estaria em etapa consolidada, como ocorreu na Inglaterra, maioria dos países europeus e outros. Com base nos 33 anos de vigência do SUS, lembraremos a seguir cinco exemplos de avanços consistentes, porém, no conjunto, ainda contra hegemônicos, e a seguir, cinco exemplos de obstáculos/distorções estruturais, no conjunto, ainda hegemônicos.

Avanços Consistentes:

- ▶ "Explosiva" inclusão social com a expansão e qualificação possível da atenção básica, e atendimentos eletivos e de urgência, para quase metade da população antes excluída. Inclusão essa, assumida com consciência de direito humano inabdicável e constitucionalmente irreversível. Verdadeiro "motor" de pressão e participação social direta e pelos conselhos de saúde,
- ▶ Avanços, ainda que excepcionais, mas consolidados na realização da atenção básica com 80 a 90% de resolutividade, no território nacional, verdadeiras ilhas, ao lado dos avanços específicos como os CAPS, o SAMU, os hemocentros, o controle da AIDS, os transplantes de órgãos e tecidos e outros de alta complexidade, a vigilância em saúde, as centrais de regulação e outros,
- ▶ Avanços na gestão descentralizada do SUS, estadual e municipal, na atividades de planejamento, gestão, prestação e avaliação de serviços públicos de saúde, o que ficou marcadamente evidenciado durante o pior período da pandemia COVID-19,
- ▶ Mostras de experiências municipais bem sucedidas durante os congressos periódicos dos COSEMS e do CONASEMS, quando, através de painéis,

dizeres e imagens, centenas de experiências comprovadamente bem sucedidas, ainda que a maioria por ações específicas ou isoladas, são expostas e relatadas, e

- ▶ Ao nível nacional, comprovação cabal da elevadíssima eficiência do SUS, que, com apenas por volta de 1/5 do financiamento público per-capita praticado nos países europeus, Canadá e outros com sistemas públicos universalistas, realiza a média anual de 3 bilhões de atendimentos básicos, 2 bilhões de atendimentos especializados e 1 bilhão de serviços auxiliares de diagnose e terapias.

Obstáculos e distorções estruturais nos 33 anos:

- ▶ Pesado subfinanciamento forçado pela esfera federal, mantendo o teto de 3,8% do PIB para a saúde, perante 7 a 8% nos países com sistemas públicos universalistas na saúde. Sob a conjuntura maior do desmantelamento do orçamento da seguridade social, aprovado na Constituição como referencial do estado brasileiro de bem estar social,
- ▶ Drástico desfinanciamento federal na infra-estrutura física do SUS, que levou o setor privado complementar, integrante do SUS, a responder por 65% das hospitalizações e mais de 90% dos exames diagnósticos e terapias, além da contratação ilimitada das organizações sociais e outras, com ausência ou baixíssimo controle da efetivação da Integralidade, Equidade e Regionalização/Hierarquização, tudo isso, impensável nos países com sistemas de saúde públicos universalistas bem sucedidos.
- ▶ Obstaculização pela esfera federal do cumprimento das disposições constitucionais e legais referentes ao desenvolvimento dos recursos humanos públicos na saúde: 65% do pessoal no SUS é alocado por empresas privadas fornecedoras de pessoal, também em nosso país, o contrário do que ocorre nos países já referidos,
- ▶ Quanto ao setor privado suplementar (mercado na prestação de serviços de saúde), desde o início do SUS iniciou-se engendramento governo federal - empresas operadoras de planos privados, que atrelou aos acordos dos dissídios salariais na justiça do trabalho, a atenção à saúde aos trabalhadores sindicalizados. Nesses acordos passaram a

ser negociados e pactuados o conjunto: aumentos salariais, interesses patronais, acordos coletivos para planos privados de saúde a menor custo para os trabalhadores, e fortes subsídios públicos às operadoras privadas por meio de renúncia fiscal e empréstimos subsidiados. O valor desse subsídio ultrapassa o do lucro líquido legalmente declarado anualmente pelo conjunto das operadoras. Também em nosso país, o contrário do que ocorre nos países com sistemas universalistas de saúde já referidos.

- ▶ Com o reconhecido e relevante impacto social da consciência do direito humano à saúde e a plena implementação da Universalidade, mas quase simbólico em relação à Equidade, à Regionalização/Hierarquização e até à Integralidade (aqui, excetuando parte heroica da atenção básica), não há como não reconhecer o nível ainda contra-hegemônico em que se encontra a implementação do SUS constitucional. Da média anual de 2 bilhões de procedimentos assistenciais mais complexos, e 1 bilhão de exames e terapias, qual as porcentagens daqueles evitáveis, caso o SUS constitucional estivesse sendo realizado mais plenamente? Como senão bastasse, a EC-95/2016, a nova PNAB, a inclusão na proposta orçamentária para 2023 de passar parte do já baixo financiamento federal do SUS para as emendas parlamentares, incluindo a secreta, deterioram mais ainda o resgate constitucional do SUS.

Reflexões finais e desafios:

- ▶ O que acarretaria nos já referidos sistemas universalistas de saúde bem sucedidos, a adoção de uma ou mais das cinco distorções estruturais referidas?
- ▶ Independente das respostas à questão anterior, considero que em nosso país o valor cultural da inclusão social na saúde, como direito humano constitucional inalienável, expandiu-se e tornou-se irreversível e expresso não só na rede dos conselhos de saúde, como pela sociedade organizada ou não, como por ocasião da recente pandemia. Essa expressão mantém-se e transparece nos movimentos sociais, na entidades da reforma sanitária brasileira, nos movimentos dos trabalhadores do SUS incluindo os terceirizados, dos gestores descentralizados (CONASS, CONASEMS e COSEMS) e a maioria da mídia.

- ▶ Os avanços consistentes aqui apontados, concentrados nos dois iniciais, resistindo e persistindo nesses tensos 33 anos do SUS, parece-me integrarem característica brasileira civilizatória, que, qual seja o resultado da peleja sucessória nacional, seguramente amanhecerá hegemônica, em quadro geral da construção do estado democrático de bem estar social brasileiro, no próximo ou um dos próximos quadriênios governamentais.
- ▶ As oportunas, coerentes e consistentes proposições do IDISA, do CONASS, da ABrES e mais entidades para retomada constitucional da construção do SUS e outras em gestação, simbolizam o enorme potencial acumulado para a realização dessa retomada, seja qual for o resultado eleitoral, incluindo o pior resultado, que poderia reduzir a retomada a mera resistência acumulando potencial e saber para retomadas até maiores e mais duradouras.

Nelson Rodrigues dos Santos, médico, doutor em saúde coletiva, foi secretário executivo do CNS, secretário executivo do CONASS, diretor do MS por diversas vezes, foi do PIASS, foi das AIS, do SUDS, das universidades estadual de Londrina; da UnB e Unicamp. Atualmente é membro do conselho superior do IDISA;

Gestão pública para o século XXI

Por Gonzalo Vecina Neto

Usando como base destas ideias as discussões promovidas pelo IDISA e que deram origem a proposta de ações a serem desencadeadas pelo próximo governante eleito, pretendo realizar um conjunto de análises voltadas para propostas que levem em conta a próxima década em sua viabilização. Realço que algumas linhas de pensamento são de minha exclusiva responsabilidade. Segue a apresentação dos pontos que destaco para a próxima década:

1 - O primeiro e mais importante ponto é sem dúvida a questão do financiamento. Nada poderá ser realizado sem resolver ou propor uma alternativa real para esta questão. O pensamento cartesiano, geralmente nos leva para armadilhas, mas não é possível avançar sem ter uma proposta de enfrentamento da questão do financiamento. A alternativa é desistir de ter um SUS com os princípios deste. Se não for universal, integral e equitativo, se puder ser somente para pobres, cofinanciado, etc., aí será outra coisa. Se for isso que a sociedade brasileira quiser, vamos restringir nosso sonho civilizatório.

Por isso, é inescapável começar a discussão com essa questão – a proposta que tem sido colocada, prescreve que o gasto público em saúde tem que chegar nessa década a pelo menos 6% do PIB. Será o mínimo aceitável e esse dado se escora no gasto de países vizinhos como o Uruguai, Argentina e Chile e os países da OCDE. Com certeza, esse patamar deve ser alcançado com a elevação do gasto federal, uma vez que a disposição existente na EC-29 que determina os percentuais de 12 e 15% da receita bruta de estados e municípios, é considerado como uma contribuição adequada e quem está defasado na questão em discussão é a esfera federal.

Como será o arranjo econômico para conseguir dar conta de sair de 4,3% do PIB para 6% é uma questão a ser discutida e uma projeção a ser realizada na economia destruída do país e que deverá ser proposta dentro do arranjo a ser discutido pelo próximo governo, após a destruição de todos os princípios tão duramente implementados desde a criação do plano real. E aí será incontornável se discutir a questão das reformas tributária e fiscal, teto de gastos, lei de responsabilidade fiscal e principalmente a ponte para o futuro e

os limites que terão que ser considerados nessa transição. E onde saúde não será o único tema – educação, segurança alimentar e geração de empregos serão os protagonistas junto com saúde.

Mas com certeza e devido a escassez de recursos no primeiro momento, uma discussão crítica terá que ser a forma da transferência dos recursos federais de maneira a ter um mínimo de capacidade de indução de políticas fundamentais – voltadas para incrementar a atenção básica e para o atendimento dos principais gargalos da média e alta complexidade. Nesse sentido, creio que os repasses deverão ser realizados, sem perder a capacidade de acompanhar a progressão destes gastos, ou seja gerando AIHs, APACs, contabilização de todos os atos assistenciais, mas as transferências deverão obedecer a uma série histórica e a decisão de aplicação dos recursos deverá ser da competência dos gestores locais como será discutido no tópico 3 adiante. Portanto os recursos federais, que significam hoje 50% do financiamento do SUS, na parte que significa transferências federais, deixa de ser repassado com base em produtos e passa a ser com base nas transferências anteriores, que deverão ser acompanhadas e se necessário, corrigidas.

2 - O segundo gargalo importante busca discutir a questão muito complexa da eficiência. A eficácia e efetividade será abordada no tópico 3 e 4. Como aumentar a eficiência na mobilização de recursos de forma a produzir resultados dentro da estrutura burocrática do estado brasileiro. Aqui entra a discussão da reforma administrativa. Lembrando que hoje se encontra no Congresso a proposta de emenda à constituição PEC – 32/2020, que é muito ruim. Não sinto que exista maturidade para discuti-la e compreende-la.

A reforma do modelo de financiamento certamente terá linhas mais claras para sua definição, mas para reforma administrativa será necessário enfrentar a discussão sobre a privatização dos serviços de saúde. Ou uma drástica transformação do estado que não se está verificando em nenhum país do mundo. As mudanças no mundo trabalho geradas pelo impacto do uso intensivo da tecnologia da informação não conseguem acomodar as necessidades de isonomia no uso de recursos públicos quando se compra coisas ou se contrata pessoas. No mundo a alternativa tem sido a realização de diversos modelos de parceria com a iniciativa privada, mediadas ou não por lucro. E no Brasil estas transformações vêm sendo duramente criticadas com o rotulo de financeirização da saúde. A questão a ser enfrentada, é em que

medida esse fenômeno da financeirização é parte do caminho e o remédio, será ter um estado com capacidade de regular o apetite do capital.

Em algumas áreas a evolução foi tão rápida que essa questão nem mais é discutida. É o caso da área de análises clínicas. No geral, existem exceções e elas são explicáveis – embora não caibam neste artigo, a solução hoje é a contratação destes serviços por grandes empresas que concentraram a produção de exames em grandes fabricas e com um projeto rigoroso de controle de qualidade. O maior problema da área de análises clínicas hoje – no mundo todo – não é realizar exames e sim a logística para deslocar o material a ser analisado. Ou seja, foi estabelecido um tipo de relação entre prestadores de serviço privados e o estado que deve entregar um melhor estruturado programa de atenção. É dessa maneira que a atenção básica quase que em todo Brasil incorporou os exames clínicos na atenção e em parte revolução semelhante começa a ocorrer também na área de imagens. E com uma brutal financeirização das empresas envolvidas.

Não dá para olhar parte desses movimentos, como as organizações sociais de saúde e achar que não são privatizações e ou terceirizações, pois são. A questão é como o estado através dos incumbentes realiza a verificação se as entregas estão de fato ocorrendo ou se está existindo desvios e perda de eficiência.

A reforma administrativa do estado brasileiro é um imperativo e não devido a área da saúde. Mas sim, devido as necessidades de funcionamento de todo o estado. Mas creio que essa reforma não será suficiente para entregar a eficiência que o setor privado estará entregando na realização dos serviços de saúde. Ou seja, mesmo com uma reforma administrativa bem realizada, diferentes relações entre o estado e serviços privados terão que ser aceitos, como, por exemplo as parcerias público privadas.

3 - Se os dois problemas anteriores são muito complexos e exigirão muita discussão, este certamente será o mais difícil. É necessário repensar o projeto assistencial. Trata-se de criar redes assistenciais regionais para atender as necessidades de grupos populacionais e não de municípios. Talvez um dos erros mais graves destes anos de implantação do SUS foi entender a diretriz da descentralização presente na CF como um comando de municipalização e ignorar as manchas demográficas e a questão da incorporação de tecnologia/

resolutividade nas ações médicas dentro do território.

São de duas ordens as dificuldades – a primeira é do desenho político da distribuição do poder de governar entre estados e municípios que elegem seus governantes de dois em dois anos. Existem alternativas e desenhos possíveis? Certamente sim, mas pouca discussão se travou em relação a essas alternativas. E, pior se a discussão do ponto 2 se mistura com este ponto, isso pode gerar um problema mais grave ainda. Discutir reforma administrativa e reforma assistencial, poderá gerar alternativas muito ruins.

A segunda dificuldade, diz respeito a questão da incorporação de tecnologia e da resolutividade. Não se pode ter de tudo em todos os lugares e isso exigira que em um país onde essa questão nunca foi regulada, se crie um espaço inicialmente no público sobre regulação de oferta da tecnologia. O estado passará a decidir o que pode ser comprado e oferecido. E como será esse zoneamento. Com certeza esta questão devera ser enfrentada juntamente com a da decisão de incorporar tecnologia via CONITEC/ROL-ANS. Não poderemos continuar com uma solução de incorporação de tecnologia para pobres/SUS e outro para ricos/ROL-ANS. De novo não conseguirei travar essa discussão neste texto, mas a construção de regiões de saúde e o projeto de governança sobre elas será vital de ser discutido juntamente com o da resolutividade e cobertura/oferta das soluções tecnológicas.

4 - Um problema importante, mas seguramente menos complexo que os anteriores, diz respeito a questão da C&T&I. Afinal já foi testada a capacidade de resposta do país quando dos genéricos e das Parcerias de Desenvolvimento Produtivo - PDPs. Além disso nas áreas de prospecção de petróleo em águas profundas, aumento da produtividade agrícola – EMBRAPA e na indústria aeronáutica, tivemos cases de sucesso. A tríplice hélice tem que se movimentar – estado, universidade e indústria têm que se encontrar. O estado deve ter capacidade de induzir os outros atores, como já o fez nas áreas de sucesso e garantir o mercado, sem o que ninguém investirá. As universidades tem que produzir mestres e doutores com boas bolsas pagas pelo estado e isso tem que se traduzir em artigos, publicações – esse é o caminho dos países que estão enfrentando o ciclo do desenvolvimento e boa parte dessa universidade é também publica. E as empresas devem ser estimuladas a enfrentarem o problema dos investimentos e de novo o estado terá a tarefa de induzir. E temos que abandonar o sonho de ter a REMEDIÓBRAS! Empresas estatais

e em particular sem se expressarem como empresas não terão chance. Na minha opinião este foi um dos equívocos da experiência das PDPs. Como sempre exceções existem e elas são a Fiocruz e o Butantã e de novo existem explicações para os dois casos.

5 - Uma área específica e que deverá receber um cuidado especial e intervenção de políticas públicas é o uso intensivo de tecnologia da informação com grande capacidade de interoperabilidade. Temos que radicalizar na solução de problemas através da TI. Temos que patrocinar a existência de prontuários eletrônicos e sua posse ser do paciente de maneira a que esses dados possam migrar entre diversos prestadores dentro da conformação das regiões de saúde. Temos que conseguir implementar o uso intensivo de teleatendimento, de uso de manipulação de big data para entender a saúde populacional, usar a inteligência de máquina para produzir melhores soluções assistenciais. Enfim, de novo se está falando da capacidade de indução do estado e da implementação de soluções que trarão um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis.

6 - E existe a questão das pessoas. Dos trabalhadores do SUS. Dos que trabalham, todos em luta por um piso novo e merecido. E ainda existem os profissionais que estão sendo formados e em grande medida malformados. De novo não será possível resolver tudo. Os pisos não caberão no financiamento parco do SUS, mas terão que ser realizados acertos e isso deverá ser proposto nos primeiros seis meses. Não existe racionalidade em propostas de carreiras nacionais, dentro dos estados deverão ser resolvidas essas questões e a qualidade dos cursos terá que ter uma melhor monitoração do Ministério da Educação. E os déficits terão que ser enfrentados em programas regionais de educação permanente, que terão que ser oferecidos pelas secretarias de saúde.

7 - Um desafio que não podemos deixar de registrar para esses próximos dez anos, é o de aprender a lidar com grandes eventos sanitários como foi a pandemia da COVID19. Nesse sentido teremos que construir um órgão para olhar a ocorrência de novas pestes no território brasileiro. O país deverá construir algo como um Centro de Controle de Doenças, com capacidade política e administrativa para enfrentar desastres sanitários. Este centro deverá ter bem desenvolvidas suas capacidades na área de big data e saúde populacional, rastreamento genômico de micro organismos na natureza e isso incorpora as zoonoses, poder de polícia sanitária para controlar surtos e

capacidade para induzir a formação de epidemiologistas para operar no país com uma articulação federal.

Acho que esses pontos são os mais cruciais, mas vamos tentar olhar para eles de forma a construir soluções temporais e não definitivas. Nestes anos caminhamos, espero que consigamos continuar a caminhar. Não vejo espaço para revoluções e a forma dialogada como até aqui construímos o SUS, indica que esse deve ser o caminho. Hoje temos um novo capital em mãos – o povo, o cidadão descobriu a importância de ter SUS, não podemos perder esse capital. Temos que distribuir seus dividendos!

Gonzalo Vecina Neto – membro do IDISA, professor assistente da FSP/USP e da EAESP/FGV

Sistemas de saúde no Brasil e os desafios do SUS

Por Carmen Lavras

A oferta de cuidado em saúde às pessoas, se concretiza através de iniciativas bastante diversificadas que, por sua vez, se originam de distintos provedores: a própria família; curandeiros, na sua forma mais primitiva; instituições religiosas as mais diversas; serviços formais de saúde, entre outros. Em sua forma socialmente mais organizada, essas iniciativas são ofertadas através de sistemas de saúde que podem assumir diferentes configurações dependendo da sociedade na qual se organizam.

Entende-se por sistema de saúde um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, de iniciativa pública ou privada, organizado para dar respostas às necessidades de saúde de uma dada sociedade.

Os sistemas de saúde devem, periodicamente, realizar ajustes para se adaptar a uma realidade que se modifica, permanentemente, em função da presença de fatores que incidem sobre a oferta de serviços de saúde, tais como a produção de novos conhecimentos científicos; a produção e a incorporação de novas tecnologias de apoio diagnóstico e/ou terapêutico; o aperfeiçoamento das tecnologias de informação e comunicação, entre outros, ou, em função do surgimento de um novo quadro de necessidades de saúde da população a qual se destinam.

O grande avanço científico e tecnológico característico das sociedades contemporâneas trouxe, sem dúvida, um enorme impacto sob a oferta do cuidado em saúde nessas sociedades com efeitos já relativamente conhecidos, impondo grandes ajustes aos sistemas de saúde. Em primeiro lugar, deve-se destacar que esses avanços retratam a importância de um setor econômico presente, com diferentes formatos e relações, em vários países, inclusive no Brasil. Trata-se de um setor econômico muito dinâmico que desenvolve atividades de alta intensidade de inovação e cuja base produtiva de bens e serviços é de enorme relevância em todas as economias mundiais. É esse setor, o responsável tanto pela inovação como pela produção industrial de fármacos, vacinas, hemoderivados e reagentes diagnósticos, além de

equipamentos e materiais médico hospitalares. Constitui, por outro lado, um setor que contribui para a qualificação do cuidado ofertado pelos sistemas de saúde, ao mesmo tempo em que, ao buscar ampliar mercado e gerar lucro, encarece os procedimentos realizados e passa a exigir desses mesmos sistemas, práticas maduras de regulação.

Mas deve ser ressaltado que o aperfeiçoamento dos processos diagnósticos e terapêuticos proporcionou e tem proporcionado cada vez mais, maior eficiência e eficácia das intervenções clínicas e cirúrgicas, levando a melhoria nos prognósticos e na qualidade de vida dos pacientes. Por outro lado, a forma como as sociedades incorporaram esses avanços, acabou, também, por determinar alguns limites daí decorrentes, já que, comumente, passou-se a desvalorizar aspectos psicossociais envolvidos no processo de adoecimento; a estimular uma prática excessivamente especializada que atua sobre partes do corpo do paciente, segmentando-o em órgãos e funções; a desvalorizar a relação profissional paciente; e, a favorecer o intervencionismo, muitas vezes encarecendo os procedimentos realizados. Além disso, observa-se uma priorização da atuação apenas sobre parte do processo saúde doença, já que se desconsidera ou pouco se valorizam as práticas voltadas a promoção da saúde ou a prevenção dos agravos.

Assim, mesmo no campo restrito da assistência e com enfoque eminentemente biomédico, o cuidado em saúde é muitas vezes ofertado através de processos que carecem de maior racionalidade e que se apresentam distantes das necessidades das pessoas.

Um outro aspecto que deve ser considerado atualmente na oferta do cuidado em saúde e portanto, na organização dos sistemas, diz respeito à quantidade e à diversidade de profissionais e instituições envolvidas nesse processo. Como decorrência desse avanço científico e tecnológico, novas profissões e especialidades foram surgindo e gradativamente se incorporando aos sistemas de saúde. Por outro lado, esses sistemas também foram se tornando mais complexos, com unidades de atenção e de apoio diagnóstico terapêutico, bastante especializadas e, muitas das vezes, pouco integradas.

Superar a fragmentação dos sistemas de saúde constitui-se, na atualidade, em grande desafio para muitos países.

Pode-se concluir que esse grande avanço científico e tecnológico em saúde, característico das sociedades contemporâneas, impacta fortemente e de forma peculiar, os sistemas de saúde existentes no Brasil, já que respeita de um lado, nossas características históricas de produtores de bens primários e de industrialização tardia e, de outro, a dinâmica de um mundo globalizado.

Já, no que diz respeito aos ajustes necessários nos sistemas de saúde em função do surgimento de um novo quadro de necessidades de saúde, pode-se dizer que no Brasil, esse quadro, na atualidade, vem passando por grandes alterações. Isso se dá em função das mudanças no modo de viver das pessoas que adquiriram novos hábitos, novos comportamentos e novos valores, numa sociedade impactada pela globalização e pela tecnologia de informação e comunicação e, que, dessa forma, passam a exigir novas respostas sociais, inclusive dos sistemas de saúde existentes. A expectativa dos usuários por maior rapidez nos atendimentos; pela utilização de canais de comunicação mais ágeis com os serviços de saúde e com os profissionais, incluindo aqui todas as possibilidades de comunicação virtual e, por informações mais diretas e precisas a respeito dos riscos e patologias a que estão submetidos, além da mudança de valores, de comportamentos e de estilo de vida, configuram uma realidade que deve ser amplamente percebida e reconhecida tanto pelos serviços como pelos profissionais de saúde.

Por outro lado, devem ser destacadas as significativas mudanças demográficas observadas no país, que apontam para o rápido envelhecimento de nossa população fazendo com que os sistemas de saúde lidem diariamente com um grande contingente de idosos que buscam o sistema em função de riscos e/ou propriamente, de doenças crônicas degenerativas, próprias dessa fase do ciclo de vida. Os idosos, por apresentarem características singulares quanto a seu processo de adoecimento e recuperação, no qual comumente se busca o controle e não a cura de determinado agravo ou patologia, acabam por fazer novas exigências aos serviços de saúde e ao sistema como um todo, já que exigem acompanhamento permanente, garantia de continuidade assistencial e abordagem multiprofissional integrada. São por outro lado mais vulneráveis, muitas vezes portadores de incapacidades funcionais e necessitam de intervenções multidimensionais e intersetoriais. Por serem portadores de uma ou mais doenças crônicas associadas ou não a outras incapacidades funcionais, os idosos utilizam diversos serviços de saúde de forma mais intensiva e prolongada, serviços esses, normalmente prestados por

distintos provedores, com características próprias e peculiares e que contam com profissionais de diferentes categorias e de diversificada formação.

Mas a essa nova demanda, se acrescentam outras que acabam por configurar um novo padrão de morbimortalidade da população brasileira na atualidade. Uma primeira questão diz respeito, então, ao aumento de portadores de condições crônicas ocasionadas não só pela maior presença dessas doenças crônico-degenerativas, mas também pelo aumento da sobrevivência de pacientes portadores de outras patologias, cujo controle foi viabilizado pelo próprio desenvolvimento científico e tecnológico incorporado ao setor saúde, a exemplo dos portadores de distúrbios mentais; de outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); e, de doenças infecciosas cujo controle se estende por um longo período de tempo, a exemplo da AIDS, tuberculose, hanseníase nas quais se exige uma resposta adequada dos sistemas de saúde, muito semelhante à descrita para os portadores de doenças crônicas degenerativas.

Esse aumento de portadores de condições crônicas, juntamente com presença de portadores de doenças infectocontagiosas (AIDS, dengue, chicungunha, zika, malária, sarampo, sífilis etc.) muitas das quais apresentando tendência de declínio e outras, anteriormente controladas, ressurgindo e, que exigem não só a oferta de cuidados individuais, mas de intervenções próprias de vigilância em saúde; e, também, com a presença de usuários acometidos por agravos ocasionados por determinantes classificados como "causas externas", ou seja, acidentes; atropelamentos e violências, configuram um quadro epidemiológico bastante complexo cujo enfrentamento exige profundas mudanças nos sistemas de saúde aqui existentes: o Sistema de Saúde Suplementar e o Sistema Único de Saúde.

O Sistema de Saúde Suplementar, de caráter privado atinge em média, algo em torno de 24% da população brasileira na atualidade, segundo dados de novembro de 2019, publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dá cobertura bastante diversificada, particularmente, aos grupos populacionais de maior renda e, tem seus serviços concentrados em regiões mais desenvolvidas e em grandes aglomerados urbanos, mostrando-se, ainda, pouco representativo quando se considera a população brasileira como um todo. Apresenta-se como um sistema fragmentado e com oferta de ações e procedimentos clínicos muito variada, na dependência do plano adquirido pelo usuário e da possibilidade de oferta da operadora.

Nesse sistema, a oferta de serviços se dá através de distintas modalidades de operadoras: cooperativas; seguro saúde; auto-gestão; filantrópicas e, medicina de grupo. É um sistema de caráter eminentemente assistencial, já que não se responsabiliza pelo desenvolvimento de atividades relacionadas a Vigilância em Saúde, a Promoção da Saúde e, muitas vezes, mesmo aquelas relacionadas aos processos de reabilitação e reintegração dos indivíduos na sociedade.

Já o Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta-se como sistema público de maior representatividade, que atinge, mesmo que de maneira diversificada, toda a população brasileira e que, historicamente, incorporou milhões de brasileiros anteriormente desassistidos e excluídos de qualquer sistema de saúde. Oferta um volume extraordinário de ações e procedimentos de saúde e mostra-se presente, mesmo que de forma desigual, em todo o território nacional com um imenso número de serviços e profissionais envolvidos.

Fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS mostrou grandes avanços desde sua criação na Constituição de 1988 entre os quais merecem ser destacados: a própria configuração de uma imensa rede de serviços de saúde, particularmente, de Atenção Primária à Saúde (APS) em todo território nacional, com ênfase na utilização da Estratégia de Saúde da Família; uma competente atuação da Vigilância em Saúde (VS) voltada a proteção dos indivíduos através do enfrentamento dos mais diversos riscos e agravos em realidades regionais tão distintas existentes no país; e, o desenvolvimento robusto de diversas políticas, entre as quais podem ser destacadas: Política Nacional de Imunização (PNI), Política Nacional de Transplantes, Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Política para enfrentamento das DST AIDS, dentre tantas outras. Esses avanços que devem ser entendidos como respostas oportunas as necessidades de saúde dos brasileiros, com certeza, contribuíram tanto para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos como para o enfrentamento das desigualdades sociais existentes no país.

Apesar disso, reconhece-se que o SUS deva, ainda, superar questões de caráter estrutural tais como: seu crônico sub financiamento; fragilidades relacionadas ao seu modelo de gestão tripartite e fragilidades relacionadas a seu modelo de atenção.

No que diz respeito ao seu financiamento, vale lembrar que o SUS

sempre foi considerado um sistema subfinanciado e que esse fato, mesmo que não explique todas as suas mazelas, é muito significativo e teve sempre um impacto muito negativo sobre seu desenvolvimento. As discussões em torno do subfinanciamento estão presentes há décadas em nossa sociedade e até agora não se conseguiu superá-lo. Nesse sentido, pode-se afirmar que:

- ▶ No Brasil o gasto per capita em saúde é menor do que em vários países da América Latina. (México; Argentina e Chile).
- ▶ O gasto total em saúde como percentual do PIB no Brasil mostra-se muito abaixo de países que se sobressaem pela organização de seus sistemas de saúde: Inglaterra, Canadá e Espanha.
- ▶ Deste gasto total em saúde mais de 50% refere-se a gastos privados, realizados através de planos de saúde ou de desembolso direto do cidadão.
- ▶ Além disso, o governo, até agora, vem indiretamente financiando a assistência privada através da renúncia fiscal de gastos em saúde, que deveriam estar sendo direcionados ao SUS (hoje estima-se que do total de gastos privados cerca de 25% podem ser descontados do imposto de renda)
- ▶ No SUS, há necessidade de maior aporte de recursos e os percentuais de participação da união, dos estados e dos municípios previstos na Emenda Constitucional - EC 29 deveriam ser respeitados. Sabe-se, no entanto, que a maioria dos municípios está atualmente destinando a saúde, percentuais muito acima do exigido nessa emenda.

Em relação ao modelo de gestão tripartite vigente desde sua criação, pode-se dizer que embora tenha avançado com inúmeros mecanismos e instrumentos implantados, ainda se mostra insuficiente para apoiar a constituição de um sistema único num país com grande diversidade regional; com entes federados autônomos; com presença expressiva de interesses corporativos, locais, partidários, etc. e onde há necessidade de se superar a má distribuição de equipamentos e profissionais.

Já no que diz respeito ao seu modelo de atenção pode-se afirmar que a

fragmentação, facilmente identificada nos âmbitos sistêmico, dos serviços de saúde e, das práticas profissionais que aí se desenvolvem, comprometem a qualidade e a continuidade do cuidado ofertado, além de propiciar desperdício recursos.

Da forma como está atualmente estruturado, o SUS não se encontra preparado para o manejo das condições presentes no quadro de necessidades de saúde de nossa população, em particular para o enfrentamento das condições crônicas que aí predominam e que exigem: continuidade assistencial, atuação multiprofissional integrada e estímulo ao autocuidado. O SUS, como um sistema fragmentado, dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada.

Um novo modelo de atenção no SUS que permita melhor responder as necessidades de saúde dos brasileiros deve necessariamente ser configurado como um sistema integrado, que, numa dimensão macro e respeitando a autonomia de gestão de cada município, consiga articular suas práticas em âmbito regional, na perspectiva de estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir da Atenção Primária a Saúde (APS) e da integração regional e melhor utilização de serviços especializados de referência.

As redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e pontos de apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Esse conceito encontra-se expresso de forma bastante semelhante nos vários documentos oficiais que vêm orientando o processo de estruturação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Em documento editado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), rede de atenção à saúde é considerada: [...] uma rede de organizações que presta, ou faz esforços para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2010 apud OPAS, 2011, p. 15).

Já na Portaria 4279 editada pelo Ministério da Saúde em 31 de dezembro de 2010, consta a seguinte definição de Rede de Atenção à Saúde: "Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades

tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2010).

A quase unanimidade referente a esse conceito se expressa também no entendimento que instituições e estudiosos têm tido sobre a importância da APS como organizadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado. Assim, no processo de reordenamento de sistemas na perspectiva de estruturação das RAS, o fortalecimento da APS configura-se como a principal estratégia.

Parte-se do princípio que para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde é imprescindível que as ações e as atividades de APS sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade.

O desenho das redes de atenção à saúde deve ser flexível, respeitando as características de cada região e buscando soluções singulares, especialmente quando se trata de regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde.

Assim, a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde deve ser orientada prioritariamente por:

- ▶ Atenção Primária a Saúde forte, resolutiva e de qualidade;
- ▶ Atenção especializada e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico organizados em lógica regional respeitando princípios de economia de escala e visando ofertar ações e procedimentos qualificados.
- ▶ Atenção de urgência e emergência organizada em todos os seus componentes e com retaguarda garantida;
- ▶ Ampla utilização de mecanismos de integração assistencial de natureza diversa;
- ▶ Vigilância em Saúde organizada com foco regional e com boa articulação com a APS.

- ▶ Presença de um sistema robusto de apoio a informação e comunicação de caráter regional;
- ▶ Presença de um sistema regional de transporte sanitário.
- ▶ Gestão municipal e regional qualificadas.

Por fim, cabe destacar que o processo de integração sistêmica que vem sendo perseguido no SUS, exige também, a integração tanto na dimensão dos serviços de saúde como das práticas profissionais. Nessa perspectiva, é necessário definir um conjunto de iniciativas direcionadas a qualificação, organização e integração de processos relacionados a esses serviços e às práticas profissionais que neles se desenvolvem, particularmente na APS, onde esses processos são significativamente mais diversificados.

Qualquer esforço nesse sentido, se traduz em definição de estratégias que, respeitando as singularidades de cada território, estejam voltadas a: melhoria de processos dos serviços de saúde, sempre valorizando a integração dos profissionais e das práticas; a capacitação continua dos profissionais; e, a utilização de um conjunto diversificado de tecnologias de micro gestão do cuidado.

Concluindo, pode-se dizer que, o que se requer dos sistemas de saúde hoje no Brasil, são transformações voltadas não só para garantir sua sustentabilidade, mas, sobretudo, para garantir uma atuação eficaz no enfrentamento do complexo quadro de necessidades de saúde de nossa população, no qual há uma predominância expressiva de condições crônicas. Se por um lado faz-se necessário avaliar criteriosamente a incorporação de novas tecnologias, através de estudos avaliativos de custo/efetividade de medicamentos, produtos ou equipamentos que se pretenda incorporar aos sistemas aqui existentes, por outro, faz-se necessário estabelecer estratégias de integração nos âmbitos sistêmico, de serviços de saúde e de práticas profissionais.

Finalmente, vale ressaltar que o SUS, mesmo apresentando um conjunto de fragilidades a serem, ainda, superadas, é o sistema que, por seus princípios norteadores e por sua abrangência, se encontra mais preparado para dar respostas efetivas as necessidades de saúde dos brasileiros. Nessa perspectiva, além de ter que superar seu crônico subfinanciamento, reconhecido por

seus gestores e por todos os estudiosos do setor, o SUS necessita aprimorar a eficiência alocativa de seus recursos e, principalmente, estabelecer mecanismos que favoreçam a superação da significativa fragmentação de seu modelo de atenção, tornando-o mais adequado à oferta qualificada de cuidados de saúde aos brasileiros na atualidade.

Carmen Cecília de Campos Lavras, Foi coordenadora do Núcleo de Estudos em Políticas Públicas da UNICAMP, por dois mandatos consecutivos, no período de abril de 2011 a outubro de 2013 e de outubro de 2013 a outubro de 2016. É Coordenadora do Programa de Estudos em Sistemas de Saúde, do Núcleo de Políticas Públicas da Unicamp (PESS/NEPP), atuando principalmente nos seguintes temas: política de saúde, sistemas regionais de saúde, avaliação e controle em saúde, recursos humanos em saúde. Tem ainda participado da discussão conceitual e de projetos relacionados ao desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde no país, ao fortalecimento da Atenção Primária e formulação de Linhas de Cuidado. É sócia fundadora do Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social, no qual coordena e desenvolve projetos de apoio ao fortalecimento do SUS.

O financiamento adequado da saúde

Por Francisco R. Funcia

O financiamento adequado do Sistema Único de Saúde na próxima década deve garantir de forma estável recursos para o cumprimento do princípio constitucional de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196), cujas ações e serviços são de “relevância pública” (art.197). O objetivo deste breve artigo é avaliar as possibilidades desse financiamento adequado à luz da conjuntura pós-eleitoral de 2022 e alguns dos obstáculos a serem superados.

Inicialmente, entendemos como “próxima década” o período 2023-2032. Supondo que a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 continue em vigor até 2036 (prazo de vinte anos estabelecido no texto constitucional, com possibilidade de revisão em 2026), a próxima década estará totalmente condicionada pelos efeitos negativos das regras estabelecidas por essa EC, a saber, teto de valor para as despesas primárias federais totais congelado no valor dos pagamentos realizados em 2016 (atualizados anualmente pelo IPCA) e piso federal da saúde (e da educação) no valor do piso de 2017 (atualizado anualmente pelo IPCA).

Quais são os problemas dessas regras para as condições de saúde da população? Considerando a determinação social da saúde, as políticas sociais e as políticas promotoras do crescimento econômico, do emprego e da renda das famílias não podem ser implantadas se demandarem recursos, em termos reais, superiores aos de 2016, mesmo que a receita cresça.

Apesar de muitos alegarem que esse “teto” não prejudica a saúde e a educação) porque ambas estão protegidas por um “piso”, essa alegação reflete o equívoco de alguns e a maldade de outros: de um lado, porque para saúde e educação gastarem acima do piso outras áreas sociais precisam reduzir suas despesas para que o teto seja mantido; e de outro lado, os pisos congelados nos respectivos valores de 2017 somente não prejudicariam o desenvolvimento das ações e serviços das áreas de saúde e educação se a população também ficasse “congelada” nos níveis de 2017 – e não é isso que ocorre, pois segundo o IBGE, a população cresce a uma taxa média de 0,8% ao ano e a idosa a uma taxa de 3,7% ao ano. Além disso, no caso da saúde, não

seria possível ao setor público incorporar os avanços técnicos e tecnológicos dos equipamentos, materiais hospitalares, medicamentos, vacinas e outros materiais nas unidades que atendem à população.

A Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES) e o Grupo de Economia do Setor Público do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (GESP/IE/UFRJ) divulgaram recentemente um estudo em que apontam perdas para o SUS de R\$ 37 bilhões causadas pela EC 95 no período 2018-2022.

Mas, segundo dados desse estudo, a década 2023-2032 já começou com mais perdas para o SUS federal: de um lado, o piso federal para 2023 de R\$ 149,9 bilhões representa R\$ 23 bilhões a menos do valor calculado pela regra suspensa da EC 86/2015 (15% da Receita Corrente Líquida da União), ou seja, a perda cumulada para o SUS federal no período 2018-2023 atingirá R\$ 60 bilhões se a EC 95/2016 continuar em vigor; e de outro lado, o Projeto de Lei Orçamentária 2023 da União (PLOA 2023) encaminhado pelo governo federal ao Congresso Nacional tem programação de despesa com ações e serviços públicos de saúde no valor do piso de R\$ 149,9 bilhões, mas cerca de R\$ 20 bilhões desse valor sem nenhuma programação de despesas, ficando como uma "reserva financeira" para livre destinação pelos parlamentares – cerca de 50% para as emendas de relator (chamadas pela mídia como "orçamento secreto") e 50% para as emendas impositivas (individuais e de bancada).

Segundo o citado estudo, para apresentar o PLOA 2023 com essa "reserva financeira" para emendas parlamentares, houve reduções significativas nas programações da farmácia popular, do Programa Nacional de Imunização, da Saúde Indígena, da Formação de Profissionais da Atenção Primária, da Educação e Formação em Saúde, dentre outras. No PLOA 2023, o valor total reservado para emendas parlamentares corresponde a 13% do valor das ações e serviços públicos de saúde, enquanto que média 2014-2016 foi de 3%, ou seja, um crescimento superior a quatro vezes no período. Aliás, nem as promessas eleitorais do candidato recém-derrotado para Presidência da República estavam contempladas no PLOA 2023 que ele encaminhou ao Congresso Nacional enquanto Chefe do Poder Executivo, como por exemplo, o Bolsa Família de R\$ 600,00.

Por fim, o 2023 é o primeiro ano da década que será o último da vigência

do Plano Nacional de Saúde 2020-2023, instrumento esse que foi reprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em maio de 2021 e que está servindo de base para elaboração das programações orçamentárias. Trata-se de grave desrespeito ao processo de planejamento ascendente do SUS previsto na Lei Complementar 141/2012 e aos dispositivos da Lei 8142/90, bem como às deliberações do Conselho Nacional de Saúde e da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Desta forma, para que o SUS tenha “financiamento adequado” na década 2023-2032, é preciso que o novo governo recém-eleito adote as seguintes medidas, dentre outras:

- a)** Restabelecer as programações orçamentárias das ações e serviços públicos de saúde para 2023 por meio de negociações imediatas (ainda em 2022) com o Congresso Nacional, o que pode ser feito com o fim da reserva financeira destinada às emendas parlamentares e com adoção de um “orçamento de crise” para a saúde e outras áreas sociais, mediante autorização do Congresso Nacional para aumentar o endividamento público com esse objetivo;
- b)** Revogar a EC 95 e substituir por outra regra de controle dos gastos públicos, de modo a permitir a adoção de uma política econômica capaz de gerar emprego e renda, revertendo a estagnação econômica observada nos últimos anos; além disso, revogar também a regra de ouro para que o endividamento público possa financiar despesas correntes, em especial as da saúde, e impedir que emendas parlamentares possam ser de caráter secreto e desvinculadas do processo de planejamento do setor público brasileiro, inclusive dos setoriais (como é o caso do SUS);
- c)** Estabelecer uma nova política de financiamento para o SUS com nova regra de cálculo para o piso federal da saúde que não seja condicionada pelo ciclo econômico: ampliar os gastos públicos federais em saúde para o equivalente a 3% do PIB (e equivalente a 50% do gasto público total), para com isso atingir em 2032 um valor federal per capita (a preços de 2021) R\$ 1.365,00 (acima dos atuais R\$ 646,00), equivalente 26,6% da receita corrente líquida (acima dos atuais 14,2%);
- d)** Promover uma reforma tributária solidária, justa e sustentável (conforme estudo coordenado pelo Prof. Eduardo Fagnani), para contribuir com o

crescimento econômico e aumentar a capacidade de financiamento das políticas públicas;

e) Priorizar conjuntamente as questões do financiamento adequado e da alocação desses recursos, evidenciando para a população que recursos adicionais para o SUS serão canalizados para estruturar e consolidar a atenção primária como a ordenadora da rede de cuidados do SUS, para valorizar os profissionais do SUS (inclusive com a criação de carreira nacional dos profissionais de saúde), para fortalecer a soberania sanitária por meio da ampliação de investimentos no Complexo Industrial Econômico Digital da Saúde; e

f) Assumir que "Saúde não é gasto, Saúde é investimento, Saúde é Vida".

Francisco R. Funcia, Mestre em Economia Política pela PUCSP, Professor e Coordenador-Adjunto do Observatório de Políticas Públicas, Empreendedorismo e Conjuntura da USCS e Consultor Técnico do Conselho Nacional de Saúde.

Saúde digital e sistema de informações em saúde

Por Fernando Aith

O século XXI é o século da consolidação e evolução do mundo digital.

As inovações da vida moderna digital estão revolucionando também o setor saúde com suas múltiplas e variadas bases de dados digitais com informações sensíveis sobre a saúde dos indivíduos. Além disso, amplia-se com grande velocidade o uso do aprendizado de máquina automatizado e da inteligência artificial aplicada à saúde para fins diagnósticos e terapêuticos, ao mesmo tempo que as redes sociais digitais globais e altamente conectadas, controladas por grandes corporações digitais, começam a fazer circular uma quantidade infinita de dados e informações de saúde com também infinitos potenciais econômicos.

Atualmente, no dia a dia dos sistemas de saúde ao redor do mundo é cada vez mais frequente nos depararmos com equipamentos médicos com inteligência artificial e capacidade de realizar cirurgias complexas apenas com a supervisão humana; dispositivos laboratoriais de diagnóstico que se utilizam da nuvem de dados digitais e da inteligência artificial para laudos diagnósticos conclusivos; bases de dados gigantes, organizadas e de "propriedade" de grandes grupos corporativos privados, com alto potencial de lucro em sua utilização (monetização das bases de dados digitais); dispositivos médicos capazes de realizar anamnese, diagnóstico e, ainda, fazer uma proposta terapêutica para o paciente; softwares de gestão e governança de serviços públicos e privados de saúde; aplicativos de internet que captam dados sensíveis das pessoas e prescrevem dicas ou orientações de comportamentos no campo da saúde física e mental etc.

Para além dos benefícios enormes que estas inovações do campo da saúde digital podem trazer, já está evidenciado que estes produtos, se não fiscalizados e desenvolvidos com ética e responsabilidade, podem produzir danos físicos, psicológicos e morais nos seus usuários, inclusive com resultado morte. Este conjunto abrangente de produtos e serviços de saúde que se utilizam das novas tecnologias digitais vem formando um campo de estudo

que, genericamente, está sendo denominado como 'saúde digital'.

No âmbito da saúde digital, a inteligência artificial destaca-se como um dos grandes temas a ser compreendido e regulado. Ferramentas de inteligência artificial (IA) servem para melhorar a qualidade, a segurança e a eficiência dos cuidados de saúde, e serão usadas para rastrear dados de pacientes, fazer triagem, ler imagens médicas, diagnosticar doenças, tomar decisões de tratamento, apoiar pacientes na promoção da saúde e fornecer cuidados primários, agudos, mentais e de longo prazo. Prevê-se que as inovações de IA não apenas ajudem, mas potencialmente substituam os cuidadores humanos, prestadores de serviços médicos, diagnosticadores e tomadores de decisão especializados.

Compreender os desafios regulatórios impostos à sociedade nesse momento mostra-se estratégico para que possamos usufruir o que estas inovações podem trazer de melhor, sem, contudo, expor os indivíduos e a sociedade como um todo a riscos desnecessários e, até, letais.

Estas novas tecnologias digitais em saúde agregam valor inestimável para a sociedade e para uma melhor proteção do direito à saúde na medida em que podem contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços, para o aumento da acessibilidade aos serviços e produtos de saúde e para o aumento da capacidade humana de proteção da saúde individual e coletiva. No entanto, também trazem embutidos riscos sensíveis para os direitos de personalidade aplicados à saúde (intimidade, privacidade, liberdade, por exemplo), além dos próprios riscos associados aos produtos e serviços digitais, como o risco de usos abusivos destas tecnologias ou ainda usos equivocados com resultados maléficos para a saúde do paciente ou para a saúde coletiva.

Liberdade de Iniciativa e Inovação e Segurança Sanitária

O Estado brasileiro tem como função regular o setor saúde de forma abrangente e detalhada, visando garantir o respeito aos direitos fundamentais reconhecidos nas sociedades democráticas modernas. Além disso, o Estado tem o dever de desenvolver políticas sociais e econômicas para a garantia do direito à saúde, notadamente para a redução de riscos à saúde e para a promoção de acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde.

Há uma tensão inerente aos sistemas de saúde de todo mundo, que

coloca frente à frente os interesses do empreendedorismo privado e o interesse público a ser protegido por uma adequada regulação estatal. Esta tensão começa a ser verificada em maior escala atualmente no campo da saúde digital, especialmente em decorrência dos avanços que este campo obteve ao longo da pandemia da Covid-19.

Encaixam-se neste cenário os atuais debates regulatórios que estão sendo travados na sociedade sobre o "open health"; sobre os ataques cibernéticos sofridos pelo Ministério da Saúde do Brasil (com consequências ainda desconhecidas); sobre o teletrabalho no campo da saúde; sobre a regulação de softwares como dispositivos médicos (este tema objeto de uma recém aprovada nova Resolução da ANVISA); sobre as "fake news" no campo da saúde, bastante destacadas pela Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado que apurou crimes cometidos durante a Pandemia no Brasil; dentre outros temas com alto impacto para a saúde individual e coletiva.

Deve-se atentar, assim, para os atuais desafios regulatórios da saúde digital que se avizinham, buscando preservar o desenvolvimento destas novas tecnologias ao mesmo tempo em que se protege a segurança e a saúde dos usuários destas novas tecnologias.

Desde a simples segurança dos produtos e serviços que se utilizam da saúde digital, passando pela garantia de acesso às inovações tecnológicas que vão sendo incorporadas ao sistema de saúde, até o misterioso ambiente onde se desenvolvem e são testados os algoritmos de inteligência artificial em saúde, as funções regulatórias do Estado se impõem de forma inequívoca.

No entanto, embora alguns avanços já estejam sendo verificados no Brasil, ainda existem desafios significativos para desenvolver e organizar um ambiente regulatório claro, eficaz e coordenado para as tecnologias promissoras de saúde digital e inteligência artificial aplicadas à saúde. A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) representou um importante avanço regulatório com impactos positivos sobre a saúde digital, mas é preciso continuar de forma permanente e altamente qualificada o processo de construção regulatória deste setor.

Desafios para a Regulação da Saúde Digital e da Inteligência Artificial Aplicada à Saúde

Considerando a incipiente legislação vigente no país sobre o tema, aliada à cada vez mais fragilizada organização institucional e de governança estatal para o eficiente exercício do poder regulatório estatal no campo da saúde digital, mostra-se imperioso que se coloque na agenda regulatória nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a saúde digital, para que se possa construir um ambiente regulatório que seja capaz de, ao mesmo tempo, oferecer as bases necessárias para o desenvolvimento de novas tecnologias que sejam benéficas à sociedade e aos pacientes, e estabelecer os limites destas novas tecnologias no que se refere à plena proteção dos direitos fundamentais do ser humano, notadamente a integridade física e psicológica, a intimidade, a privacidade, a saúde e a liberdade.

Os sistemas de informação digitais existentes no campo da saúde são diversos e administrados por diferentes instituições públicas e privadas. Estes dados são amplamente utilizados para fins de desenvolvimento das novas tecnologias digitais no campo da saúde, especialmente aquelas que se utilizam da inteligência artificial.

Observando-se o fenômeno da IA em saúde e suas implicações para o direito à saúde e outros direitos fundamentais, os principais desafios e questões que se apresentam atualmente para uma regulação eficiente nesta área podem ser assim sintetizados:

- ▶ O federalismo brasileiro e a jurisdição fragmentada do Brasil sobre a saúde complicam a governança de inteligência artificial (IA) na área da saúde. Os resultados são camadas em cascata de governança e regulação e incerteza sobre se a totalidade regula suficientemente a IA em ambientes de saúde.
- ▶ Há incerteza quanto às principais questões legais, incluindo os requisitos legais em relação à privacidade e responsabilidade por lesões relacionadas à IA (por exemplo, o médico, o fabricante da tecnologia de IA, o hospital).
- ▶ As atuais estruturas do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (ANVISA) não são adaptadas para ferramentas que dependem de algoritmos em constante evolução. Há a necessidade de projetar uma nova estrutura que seja robusta e flexível.

- ▶ A adoção da IA na saúde deve ser eficiente e equitativa. É necessária uma orientação clara sobre as melhores práticas para processos justos de adoção de IA nos sistemas público e privado em saúde.
- ▶ Em conclusão, dentre os deveres do Estado para a efetivação do direito à saúde no Brasil, organizar uma estrutura de governança e regulação da saúde digital e da IA aplicada à saúde encontra-se entre os mais relevantes da atualidade.
- ▶ Compete ao Sistema Único de Saúde, especialmente suas instâncias reguladoras, atentar para esta nova realidade e reagir de forma tempestiva e eficaz visando garantir a segurança sanitária e a liberdade de inovação ao mesmo tempo. Tarefa difícil, mas necessária, que deve ser feita de forma transparente, participativa e republicana.

Fernando Mussa Abujamra Aith - Professor Titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP. Diretor Geral do Centro de Pesquisas em Direito Sanitário da USP. Professor Visitante da Université Paris Descartes - Paris 5 (desde 2014). Membro Especialista da Plataforma Harmony with Nature da Organização das Nações Unidas (ONU). Livre-Docente em Teoria Geral do Estado pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo - FADUSP. Pós-Doutor em Direito Público pela Faculdade de Direito da Universidade de Paris 2. Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP - FSP/USP.

Desenvolvimento da ciência e tecnologia na saúde

Por Adriano Massuda

A ciência e a tecnológica são componentes fundamentais da estrutura e funcionamento dos sistemas de saúde no mundo. Com a perspectiva de adoção em larga escala de inovações disruptivas em saúde e, principalmente, após a pandemia da Covid-19, terão um papel ainda mais relevante e desafiador.

No Brasil, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) universalizou o acesso à saúde, modificou o modelo assistencial e contribuiu para o fomento da ciência e tecnologia em saúde. Entretanto, problemas estruturais do SUS foram agravados por medidas de austeridade fiscal e pelo conturbado contexto político recente no país, os quais também comprometeram iniciativas que estavam em curso para o desenvolvimento científico, tecnológico e do complexo industrial da saúde.

Nesse artigo, apresenta-se uma breve análise dos avanços e desafios do desenvolvimento da ciência e tecnologia associado a estruturação de sistemas de saúde em âmbito global e no Brasil desde a implementação do SUS. A partir da análise, aponta-se alguns desafios gerais - sem pretensão de esgotar um tema tão complexo e multifacetado - para o desenvolvimento da ciência e tecnologia da saúde e do SUS na próxima década.

Sistemas de saúde e ciência e tecnologia na saúde: avanços e desafios na saúde global.

Ao longo do século XX, a estruturação de sistemas de saúde, associada ao progresso científico e tecnológico na saúde, viabilizou a expansão da oferta de um amplo espectro de produtos e serviços de saúde para grandes contingentes populacionais. O maior acesso a vacinas, exames diagnósticos, medicamentos, dispositivos médicos entre outras tecnologias possibilitaram controlar doenças e aprimorar o manejo de condições crônicas.

Além disso, o melhor conhecimento científico sobre o processo saúde e doença e seus determinantes psicossociais e ambientais permitiu aprimorar o

desenho de políticas públicas, a organização de programas de saúde coletiva e o funcionamento de serviços e sistemas de saúde. Como resultado, houve substantiva redução de mortes evitáveis, aumento da expectativa de vida populacional e melhoria na situação de saúde global.

Entretanto, os avanços tecnológicos adotados por sistemas de saúde tiveram seu custo, riscos e limites. Diferente de outros setores, na saúde uma nova tecnologia não substitui necessariamente a anterior e, em geral, agrega novos custos. Com isso, a incorporação de novas tecnologias é um dos fatores que levado os gastos em saúde terem crescido acima do crescimento do PIB dos países desde a segunda metade do século XX.

Além do custo, novas tecnologias em saúde requerem reconhecer e controlar eventuais riscos para saúde humana. Como resposta, muitos países implementaram mecanismos de regulação sanitária e do funcionamento do mercado de produtos e serviços de saúde. Nesse contexto, a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) tornou-se estratégica para subsidiar países na tomada de decisões sobre a incorporação de insumos por seus sistemas de saúde a partir de critérios de segurança, eficácia, efetividade e custo-efetividade.

A inequidade, porém, é um dos principais limites do desenvolvimento científico e tecnológico e da estruturação de sistemas de saúde no mundo. Segundo relatório da Comissão da revista Lancet sobre tecnologias para a saúde global, a disponibilidade de tecnologias em saúde é inversamente relacionada às necessidades de saúde da população mundial.

Em países de alta renda os investimentos em ciência e tecnologia representam uma parcela importante dos gastos públicos. Esses países dispõem ecossistemas de pesquisa e inovação que articulam governos, universidades e empresas públicas e privadas. E seus sistemas de saúde fazem uso intensivo de tecnologia. De outro lado, países pobres são absolutamente dependentes de tecnologias e suas populações – que apresentam maiores problemas de saúde – carecem de insumos básicos para cuidados em saúde. Em posição intermediária, estão os países de média renda, os quais dispõem em geral de frágeis sistemas de seguridade social, sistemas de saúde fragmentados e segmentados, e baixo desenvolvimento científico, tecnológico e industrial.

As inequidades no acesso a tecnologias em saúde se manifestam a partir do nível de renda da população e de cobertura ofertada por subsistemas público e privado, que possuem distintas modalidades de financiamento e provisão de serviços de saúde.

A pandemia da Covid-19 trouxe novas ameaças e desafios, mas também abriu oportunidades para o desenvolvimento da ciência e tecnológica em saúde. Avanços na imunogenética permitiram produzir em tempo recorde vacinas contra a Covid-19. Além de vacinas, essa técnica poderá ser usada no tratamento do câncer e outras doenças.

A resposta a pandemia também acelerou a transformação digital em saúde. O registro eletrônico de dados, o telessaúde e o cruzamento de grandes bancos de dados devem ampliar a capacidade de análise de situação de saúde populacional, o acesso remoto a serviços, a comunicação entre equipes e a população, bem como a projeção de cenários epidemiológicos, oportunizando ganhos de eficiência na gestão em saúde.

Por outro lado, a pandemia também evidenciou a ameaça das fakenews para a saúde coletiva. Disseminada em larga escala por meio de redes sociais, a proliferação de informações sem base científica foi reportada por gestores de sistemas de saúde como um dos principais desafios que enfrentaram na resposta à Covid-19. Aperfeiçoar a comunicação científica junto a população também é um desafio para os sistemas de saúde modernizarem ações de saúde pública, incluindo programas de vacinação.

Por fim, a Covid-19 também realçou a necessidade de os países disporem sistemas de saúde sustentáveis e resilientes do como elemento geopolítico estratégico. Dispor de capacidade tecnológica e industrial é essencial para garantir abastecimento de insumos de saúde em situações em que as cadeias globais de produção se encontram saturadas. Do mesmo modo, a segurança sanitária de países dependerá cada vez mais de redes de pesquisa para vigilância genômica para monitoramento e controle de patógenos potencialmente causadores de emergências de saúde pública.

O SUS e a ciência e tecnologia na saúde: avanços e desafios

No Brasil, a universalização do direito à saúde integral definida pela

Constituição Federal criou as bases legais para expansão da oferta de um amplo escopo de serviços e tecnologias em saúde à população brasileira. A Constituição também definiu que dentre as competências do SUS está incluída o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde.

Desde então, a expansão de programas, serviços e produtos de saúde ofertados pelo SUS, associada ao aprimoramento da governança da regulação de tecnologias em saúde e a criação de políticas para o fomento a ciência e tecnologia em saúde trouxe importantes ganhos para o país. A produção científica em saúde cresceu e atualmente representa 30% da produção científica brasileira. Porém, importantes fragilidades estruturais persistem, agravadas por políticas de austeridade fiscal adotadas nos últimos anos.

Com a implantação do SUS, a rede assistencial brasileira capilarizou-se pelo país por meio de incentivos financeiros federais e implementação por estados e, principalmente, municípios. A expansão da rede de serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) e especializados modificou o modelo assistencial, melhorou a situação de saúde e reduziu desigualdades sociais.

Evidências científicas produzidas por estudos nacionais e internacionais tem contribuído para aperfeiçoar o modelo assistencial brasileiro.

Em paralelo, a regulação sanitária de tecnologias em saúde foi aprimorada após a criação da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) no ano 2000. Do mesmo modo, a formulação de políticas e programas para ciência e tecnologia em saúde ganhou corpo após a estruturação da SCTIE (Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos) no Ministério da Saúde em 2003. A ATS também foi institucionalizada no SUS com a criação da CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias) em 2012.

A combinação entre implantação do SUS, expansão de programas de saúde pública e avanços científicos e tecnológicos tem no Programa Nacional de Imunizações (PNI) um dos maiores exemplos de sucesso internacional. Ao todo, o PNI disponibiliza 45 tipos diferentes de imunobiológicos. Vacinações e campanhas realizadas, principalmente, por equipes de APS nos municípios garantiram um alcance de coberturas vacinais superior a 95% da população-alvo até o ano de 2016. E quase 75% das que é consumido de vacinas no país é abastecido por laboratórios públicos, sendo dois principais: Fiocruz e Butantan.

Na assistência farmacêutica, a relação nacional de medicamentos (RENAME) ofertados pelo SUS cresceu substancialmente, abrangendo medicamento básicos e especializados, de alto custo. Programas como o Farmácia Popular também ampliaram a oferta desses insumos para a população. Dessa maneira, o mercado nacional de medicamentos tornou-se um dos maiores do mundo. Em 2019, o faturamento industrial de medicamentos alcançou U\$ 27,8 bilhões, comercializando 5,3 bilhões de embalagens.

No entanto, apesar do avanço no consumo, o país persiste dependente na produção de insumos farmacêuticos. Dados da Conta satélite de saúde do IBGE de 2019 mostram que o país importa cerca de 88,1% do que consome de produtos farmoquímicos. Esse índice já cai para 26,8% quando se trata de medicamentos prontos, para 23,7% para equipamentos de saúde e 31,2% para materiais de uso médico e odontológico. A dependência tecnologia se tornou evidente durante o período de pico da Covid-19, quando houve situações críticas de abastecimento de produtos básicos para a saúde.

Para reduzir a dependência tecnológica e atenuar o déficit na balança comercial na saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu um sofisticado programa para o fomento do complexo industrial da saúde: as parceiras para o desenvolvimento produtivo (PDP). Nesta iniciativa, o poder de compra do SUS é usado para transferir de tecnologias entre laboratórios públicos e privados. O modelo foi destaque na produção de vacinas contra a Covid-19 no país, nas parcerias entre Butantan e Sinovac e a Fiocruz com a AstraZeneca.

Porém, um dos mais importantes desafios na estruturação do sistema de saúde brasileiro é inequidade no padrão de acesso e consumo de tecnologias em saúde. A semelhança de países de média renda, as inequidades se manifestam entre os setores público e privado que contam com distintas capacidades de financiamento e prestação de serviços. Além disso, a descentralização da gestão para municípios – com diferentes capacidades fiscal, técnica e administrativa – também produz grandes inequidades regionais no SUS.

Essas desigualdades ficaram mais evidentes durante a pandemia da Covid-19. Enquanto as regiões mais ricas do país dispunham de maior e melhor capacidade assistencial e tecnológica, principalmente no setor privado, as regiões mais pobres apresentavam carências de insumos básicos para saúde. Dessa maneira, diferente de grande parte do mundo, as mortes pela Covid-19

se concentram em regiões com população mais idosa e com doenças crônicas, foram as desigualdades socioeconômicas que definiram o curso da pandemia no Brasil.

Os problemas de acesso a serviços e tecnologias em saúde, bem como fragilidades na definição de padrões tecnológicos tem levado o país a incorrer em gastos crescentes com demandas judiciais em saúde. Como a população com maior poder aquisitivo tem mais acesso ao judiciário, esse fenômeno contribui para ampliar as inequidades em saúde no país e pressionar ainda mais o orçamento bastante restrito do SUS no Brasil.

Desafios para o SUS na próxima década

A ciência e a tecnologia terão um papel crítico para a futura configuração dos sistemas de saúde. A adoção de inovações disruptivas, como a saúde digital e terapias gênicas, devem revolucionar práticas de cuidado e de saúde coletiva, bem como a gestão de sistemas de saúde num espaço curto de tempo. No entanto, em países com grandes desigualdades sociais como o Brasil, é preciso que a transformação tecnológica do sistema de saúde prevista para a próxima década tenha como objetivo explícito a redução de iniquidades, sob risco de ampliar diferenças entre padrões de assistência entre grupos populacionais.

Para tanto, é preciso que o SUS se torne o eixo articulador de um conjunto de políticas públicas – de saúde, de ciência, tecnologia e inovação e de desenvolvimento industrial na saúde – como parte de um projeto de crescimento econômico e superação das inequidades sociais e de saúde no país. Resgatar programas bem-sucedidos no SUS, aliado a retomada de investimentos em ciência e tecnologia e de fomento ao complexo industrial na saúde deve ser um primeiro passo. Porém, é preciso avançar mais na formulação de políticas e nos mecanismos de governança, regulação e financiamento de tecnologias em saúde.

O desenvolvimento científico e tecnológico em saúde deve estar atrelado a elaboração de políticas para conformação de modelos assistenciais no SUS. Criar suporte tecnológico para fortalecer a APS, tornando-a mais acessível, resolutiva e integrada em redes de atenção por meio de ferramentas de saúde digital deve uma das prioridades para a próxima década.

Da mesma forma, especial atenção deve ser dada ao desenho de inovações tecnológicas no modo de organização e prestação de serviços para abordar as principais necessidades e problemas de saúde da população. Entre as quais doenças infectocontagiosas, incluindo emergências de saúde pública e resistência antimicrobiana; problemas relacionados ao envelhecimento populacional, como o Câncer, doenças cardiovasculares e cuidados paliativos; bem como cuidados à saúde mental e às diversas formas de violência.

Além disso, num país com sistema de saúde universal, integral e com forte participação do setor privado é fundamental dispor de padrões tecnológicos nacional e regionais que considerem as principais necessidades de saúde da população. Nesse sentido, aperfeiçoar os mecanismos de avaliação de tecnologias em saúde para subsidiar a incorporação de novos produtos, bem como a regulação de preços de medicamentos e terapias de altíssimo custo, incorporar modelos de pagamento por valor e avaliar impactos das tecnologias adotadas na saúde da população são pontos críticos para o SUS na próxima década.

Por fim, num país em que o presidente da república foi um dos maiores disseminadores de fakenews durante a pandemia da Covid-19, aprimorar a comunicação científica, criar mecanismos de diálogo permanente com a população e inovar nas formas de participação da sociedade e controle do que é divulgado sobre saúde nas redes sociais também se apresentam com um dos desafios para a ciência e tecnologia no SUS na próxima década.

Adriano Massuda - Médico sanitário, professor da FGV/EAESP e pesquisador vinculado ao FGV-Saúde

O modelo Assistencial

Por José Fernando Casquel Monti

Logo de início é indispensável que seja dito que nunca se fez tão necessária, após o advento do SUS, a revisão de vários de seus elementos.

Este exame já seria uma rotina de política pública desejável, por terem se passados mais de 30 anos desde sua criação constitucional e legal. Mas, em nosso atual momento, outras condições impõem este caminho. O sistema de saúde tem passado pelo teste de estresse mais intenso que jamais lhe foi imposto. De um lado uma pandemia aterrorizante, que por si só trouxe enormes desafios. De outro, concomitante com ela, a mais sórdida trajetória de agressão aos elementos constituintes e aos fundamentos de nosso sistema de saúde, oriunda da própria gestão do Ministério da Saúde e, de forma geral, do atual governo ao qual se integra este Ministério. Os resultados que esse quadro produziu são terríveis e desafiadores, com impactos que vão da proteção vacinal da população à atenção especializada para resolver suas doenças crônicas mais graves e prevalentes. Não seria exagero dizer que, face ao quadro atual, atingimos um estado de "desatenção integral".

Considerado nosso cenário atual, se faz necessária a reconstrução do sistema de saúde, do SUS, que não só se mostrou um bravo sobrevivente deste teste de estresse, como teve um papel inestimável durante a travessia da pandemia de COVID-19, que, diga-se, ainda persiste. Desde logo, se deve apresentar que tal reconstrução deverá respeitar os princípios fundantes do SUS, num processo de reconstrução centrado na reafirmação democrática e no reconhecimento da urgência que tem a nação brasileira de reduzir suas gritantes desigualdades.

Considerando a eleição de um novo governo no nível nacional e nos estados da federação, há toda pertinência em se pensar como conduzir e projetar uma área tão sensível e essencial como a saúde para os próximos 10 anos. Os desafios e elementos a considerar no sistema de saúde são enormes, mas se tratará aqui de um elemento central e que talvez anteceda o tratamento de outros componentes: o modelo assistencial.

Para que se possa compreender, vamos conceituar aqui o modelo assistencial como a forma de organizar a assistência à saúde, seus serviços correspondentes e as interfaces produtivas em seu interior.

É necessário, ainda, que para uma projeção do modelo para os próximos 10 anos, que se compreenda os aspectos históricos pelos quais transitou esta noção essencial. A transformação do modelo assistencial foi a pedra de toque da profunda reforma do sistema de saúde no Brasil, com o advento do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988. Exatamente essa transformação nos tirou de um modelo discriminatório em vários sentidos, no qual saúde era encarada como um seguro ou bem material, para outro, que tinha a saúde como um direito dos indivíduos, da cidadania, que se corporificou nos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

A garantia desses princípios ainda é um desafio ao sistema de saúde, mas, na concepção de um sistema que se reconstrua e se revise atendendo a um arcabouço democrático e que pretenda redução das desigualdades não há outro caminho, a não ser a preservação do Modelo Nacional e Público. Isto posto e definido o arcabouço geral desse modelo, pode-se considerar duas dimensões organizacionais do sistema de saúde para a definição de um mais amplo detalhamento do modelo: a operacional e a gerencial.

Do ponto de vista operacional não parece haver alternativa diferente ao fortalecimento da Atenção Básica, como é próprio dos sistemas universais de saúde no mundo. Neste particular, no futuro próximo, em que se presume a necessidade de priorizar ações face a restrições materiais, o centro da intervenção deverá ser a Atenção Básica como estratégia de reconstrução. Isto poderá atender à dimensão política, uma vez que a ação deste nível no território, de forma capilarizada, dará cobertura e distribuição equitativa e vínculo entre unidades e equipes de saúde e os indivíduos que serão foco dessa atenção. Na dimensão técnica poderá tornar realidade um conceito teórico de que os profissionais neste nível exerçam efetivamente a gestão e coordenação do cuidado. Nesta revisão, deveria ser produzido o processo por meio do qual todas as demais ações em outros níveis e unidades de uma rede hierarquizada se daria a partir das unidades básicas de saúde. É evidente que para isto se tornar realidade os investimentos em saúde deveriam ser dirigidos preferencialmente à atenção básica e, quando destinados a outros níveis, seriam coordenados por este nível. Significa dizer que ao mesmo

tempo em que se produza soluções que serão destinadas aos serviços de maior complexidade, aos serviços especializados, aos serviços hospitalares e congêneres, estes deverão funcionar em arranjos coordenados pela atenção básica. O arcabouço de organização para um funcionamento nesse modelo ainda não está dado, mas poder-se-ia antever algo como conselhos compostos pelos próprios serviços, ampliando a função gerencial e de regulação desses níveis, o que garantiria a maior autonomia de quem opera os serviços de saúde em sua gestão.

Na dimensão gerencial no modelo de atenção, haverá muito a ser feito, tanto do ponto de vista da retomada, quanto da implantação de novos arranjos que deem conta da complexidade da gestão e operação interfederativa do sistema de saúde. Em amplo sentido, foi enfraquecido o pacto federativo na saúde e os fóruns interinstitucionais não têm o mesmo vigor de outrora. Será necessária uma revisão de atribuições e responsabilidades compartilhadas e a instalação de novos mecanismos de gestão compartilhada. Mas também aqui, não se trata apenas de reeditar o velho e o já conhecido. Precisamos da capacidade de criação de organizações interfederativas permanentes, que tenham ação no dia-a-dia operacional e não somente no processo decisório ao nível do planejamento. Nesse sentido, parece haver grande espaço para a ousadia de novas formulações de organizações públicas, como já foram há tempos consórcios e fundações públicas. Alguma fórmula deverá ser buscada para que seja possível a operação cotidiana de serviços e equipes de saúde de municípios associados e destes com as instâncias estaduais. A revisão derivada do mau momento em que estão mergulhadas tais possibilidades talvez nos traga solução para problemas que já eram presentes e nunca foram tratados com seriedade e compromisso de solução nos poderes públicos.

Antevendo simultaneamente as possibilidades de ações coletivas na organização e operação dos serviços de saúde, um exemplo ajuda a entender o que aqui se defende e salta como possibilidade: no atual governo houve uma reformulação do sistema de financiamento da atenção básica que foi uma homenagem ao gerencialismo e um desserviço à saúde da população. O Ministério, como agente financiador de parte da assistência, como é seu dever, passou a controlar os municípios pelo cadastramento de indivíduos e produção de serviços. É só um exemplo dos muitos que vimos ao longo da vida do SUS. Parece saudável que no futuro o Ministério da Saúde não se limite mais a ser um portfólio de iniciativas às quais os municípios podem aderir, mas

possa ser uma instância parceira que participe de planejamentos singulares de territórios e populações na atenção à saúde. Da mesma forma, não deverá o futuro comportar a presença de governos estaduais com atuação disfuncional, ora abandonando, ora subjugando os seus municípios. Para criação desta rede de responsabilidade descentralizada serão necessárias sólidas organizações interfederativas, que tenham um arcabouço de atribuições, responsabilidade e direitos, que permitam essa ação conjugada. O próprio Ministério deverá se reformular para essa revisão qualitativa de sua participação no sistema de saúde.

Em resumo, o modelo de atenção que poderá dar conta de nosso futuro será saudável se unidades de saúde e instâncias de gestão tiverem a capacidade de produzir de forma integrada projetos singulares de sistemas, com base em territórios, populações e demandas a partir da atenção básica à saúde dessas localidades. Para isto vários condicionantes são necessários, sem os quais não é provável que o modelo se complete:

- 1 -** Saúde se faz não só com ações específicas de saúde, como prevê a própria constituição federal. A atenção básica mencionada aqui necessita contemplar articulação intersetorial suficiente para otimizar o caminho da redução de desigualdades sociais.
- 2 -** O principal valor do sistema de saúde são seus trabalhadores. É inadiável que se tenham carreiras públicas, multiprofissionais, que possam abranger as várias esferas de governo, num modelo integrado. Com a atual fragmentação é bastante improvável que os trabalhadores se reconheçam num sistema realmente único.
- 3 -** Um novo modelo, especialmente no campo da atenção básica, deverá considerar e resolver o impacto deletério que traz a fragmentação produzida pela operação deste nível de atenção por instâncias privadas do terceiro setor. Tarda muito a produção de soluções integradas de informação e tecnologia digital, que sejam disponíveis a todo o sistema de saúde, de maneira articulada entre os entes federados. Não parece razoável que se imagine a operação de um sistema tão complexo como o SUS sem um sólido sistema de informações, como tem ocorrido até aqui.
- 4 -** O modelo de atenção deverá incorporar as novas e emergentes ferramentas

de atenção à saúde, como, por exemplo, as várias modalidades de telemedicina, que poderão promover grande impacto na qualidade dos serviços.

5 - Há níveis críticos de financiamento e certamente haverá necessidade de priorização. Nisto, deverá ser encarada com coragem a prioridade à atenção básica.

OSUS foi criado e implantado com coragem, trazendo um novo paradigma, que significou mais saúde à nossa gente e um novo marco civilizatório, com direitos de cidadania e inclusão. Representou um novo e exitoso modelo de atenção. Sobreviveu até aqui aos ataques e mostrou sua enorme importância à nossa gente. Seu futuro dependerá de nossa capacidade de reinvenção, sem transgredir seus princípios já fundados. Como já disse meu amigo Gonzalo Vecina Neto: “sem o SUS é a barbárie”. Nos resta a obrigação de preservá-lo e dele cuidar.

José Fernando Casquel Monti - Médico Sanitarista, Professor da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e do Centro Universitário Max Planck (UniMAX), foi secretário municipal de saúde de Bauru, presidente do COSEMS-SP e do CONASEMS.

Desafios da diplomacia da saúde em 2022-2023

Por Paulo M. Buss

Nas duas últimas semanas, reuniram-se a COP27 das mudanças climáticas, no Egito, e a Cúpula do G20 – os países mais ricos do mundo – na Indonésia. Os resultados destes dois últimos grandes eventos políticos globais de 2022 reforçam a percepção de que nada mudou na ordem política ou econômica mundial, mesmo que todos os fóruns realizados desde o início da pandemia venham apontando para a necessidade de mudanças profundas nos modelos de desenvolvimento e nos acordos multilaterais vigentes.

Desde 2020, ainda no início da pandemia, alertávamos em diversos artigos que manter o status quo econômico, social, político e ambiental que nos trouxe até aqui, e que permitiu a instalação da pandemia de Covid-19, seria catastrófico para o futuro da saúde humana e planetária, e sinal de enorme irresponsabilidade política dos que detêm o poder mundial: países ricos, grandes empresas dos combustíveis fósseis, agrobusiness irresponsável, capital financeiro interessado no lucro fácil e rápido, grandes corporações transnacionais com compromisso único de bem remunerar seus acionistas, certas burocracias internacionais, entre outros atores políticos.

O resultado da COP27 foi um copo meio cheio-meio vazio. Esperavam-se compromissos firmes e concretos quanto à redução na emissão de gases de efeito estufa que não param de crescer e já ameaçam a saúde humana e planetária de forma quase irreversível. Interesses econômicos dos maiores poluidores (Estados Unidos e China) e de outros agentes econômicos globais (a exemplo dos grandes produtores mundiais de combustíveis fósseis) mais uma vez adiaram compromissos concretos na COP do clima.

De outro lado, a COP27 chegou a acordo histórico sobre ‘perdas e danos’ que beneficiariam países em desenvolvimentos, os mais prejudicados pelas mudanças climáticas, cuja causa primeira são os processos de produção e consumo insustentáveis dos países desenvolvidos ao longo de décadas. Mas deixa detalhes vitais, como quem paga a conta, para o ano que vem, na COP28 dos Emirados Árabes Unidos, ou até na COP30, de 2025, que Lula reivindica

que seja realizada no Brasil. Ou seja, tudo prometido, mas nada acertado quanto à implementação. O lamentável é que de nada adiantará apoiar os países mais pobres na mitigação das perdas e danos, sem atacar a causa primeira, que são as imensas emissões de gases de efeito estufa, pelo modelo de desenvolvimento adotado globalmente, o modo de produção e consumo, e o descompromisso político em fazer as transformações necessárias.

Lula esteve na COP, foi saudado com entusiasmo, ligou clima, fome e paz na sua alocação, anunciou que o Brasil está de volta ao protagonismo quanto ao clima e à cooperação solidária entre os povos, e quer fazer a COP30 na Amazônia. Belo desempenho. A ver se a o presidente e a diplomacia brasileira conseguem transformar 'intenção em gesto'. A prometida convocação da Cúpula presidencial sobre a Amazônia, reunindo todos os países que compartilham a floresta tropical sul-americana, pode ser um grande primeiro passo.

Já o G20, grupo que reúne as 20 economias mais poderosas do planeta, por se teria capacidade de produzir mudanças globais significativas. Três temas prioritários do encontro realizado em Bali refletem os pilares perseguidos pela presidência pro tempore da Indonésia: o fortalecimento da infraestrutura global de saúde, a transformação inclusiva da economia digital e a promoção de uma transição energética sustentável. Contudo, a temática da guerra na Ucrânia e todos os seus desdobramentos, como questões relacionadas às crises energética e alimentar, permearam grande parte das discussões, e ofuscaram alguns dos objetivos pretendidos.

Nesse sentido, a Cúpula de Bali, a nosso ver, também foi pouco produtiva, o que se reflete no mais-do-mesmo retórico da Declaração resultante. No seminário avançado em saúde global e diplomacia da saúde do CRIS de 24/11 sobre saúde nos grupos de países, já disponível no YouTube da Fiocruz, os resultados do G20 foram discutidos em profundidade, assim como as posições recentes do G7, BRICS e G77.

Verdade que a grandiloquência da declaração impressiona. Parece que "desta vez, vamos", mas a se repetir processos passados, permaneceremos sem a efetividade esperada do G20. Atacar a insegurança alimentar nos países em desenvolvimento ocupou boa parte da declaração. Compromissos com a implementação dos acordos alcançados na COP27 do clima foram explicitados. Nesse caso, o problema está na frase "também apoiamos as deliberações

contínuas sobre uma nova e ambiciosa meta quantificada coletiva de financiamento climático de um piso de US\$ 100 bilhões por ano para apoiar os países em desenvolvimento, que ajude no cumprimento (etc. etc.)”, o que definitivamente significa, mais uma vez, o adiamento da disponibilização dos recursos financeiros. Esperando mais o quê?

Recomenda a adoção da Quadro de Biodiversidade Global Pós-2020 (GBF) , com o objetivo de realizar a Visão 2050 de “Viver em harmonia com a Natureza”, na segunda parte da COP15 em Montreal, e a atualização das Estratégias Nacionais de Biodiversidade e os Planos de Ação correspondentes.

O lamentável é que nenhum chefe-de estado do G20 sequer anunciou sua presença na reunião. Enquanto isso, a biodiversidade tão importante para a higidez planetária e nossa própria sobrevivência continua a esperar medidas e recursos concretos.

Na saúde, o G20 declara-se comprometido com “promover uma recuperação saudável e sustentável que contribua para alcançar e sustentar a cobertura universal de saúde, sob os ODS (...); fortalecer a governança global da saúde, sob a liderança e coordenação da OMS e o apoio de outras organizações internacionais (...); e apoiar o trabalho do Órgão Intergovernamental de Negociação (INB), que prepara instrumento para fortalecer a prevenção, preparação e resposta (PPR) à pandemia (...); assim como o grupo de trabalho sobre o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), que considerará emendas ao mesmo”. Como sabemos, o GT teve seu ‘draft zero’ divulgado nesta semana, o que será tema de uma próxima ‘Domingueira’ deste autor.

Um Fundo Pandêmico foi aprovado, para apoiar os países menos desenvolvidos na prevenção, preparo e resposta à pandemias, no valor de USD 1,5 bilhões, irrisório diante das necessidades imediatas reconhecidas de cerca de USD 10 bilhões.

Finamente, o G20 reconhece que a ampla imunização contra a COVID-19 é um bem público global e se compromete a avançar nos esforços para garantir o acesso oportuno, equitativo e universal a vacinas, terapias e diagnósticos (VTDs) seguros, acessíveis, de qualidade e eficazes. A conferir as posições que adotará na OMC e na OMPI, onde os temas críticos da ‘flexibilização das patentes’ e da ‘transferência de know-how’ continuam emperrados,

exatamente por posições postergatórias de integrantes do G20.

Na América Latina vemos a possível emergência de uma nova 'onda rosa', que traz a possibilidade de uma diplomacia da saúde 'progressista', com o novo posicionamento do Brasil, sob a presidência de Lula, um campeão da integração multilateral, e a construção de uma cooperação verdadeiramente solidária entre os países da região.

Ao se examinar as agendas das diversas organizações multilaterais regionais e sub-regionais da América Latina e Caribe (CELAC, Mercosul, Comisca, Organismo Andino de Saúde, Caricom Saúde) observa-se uma grande convergência, na qual predominam a cooperação na aquisição e produção de insumos para a saúde (vacinas, terapias e diagnósticos (VTD), além de esforços comuns na formação de recursos humanos, saúde nas fronteiras, entre outras áreas.

O pessimismo da vontade e o otimismo da razão. Este célebre enunciado de Antonio Gramsci, em 1920, continua orientando nossa atuação. Ainda que por dever de ofício tenhamos que analisar os espaços políticos relevantes na cena global e concluir que os resultados da diplomacia da saúde não foram animadores em 2022 e se desenham difíceis em 2023, temos que manter a militância, como academia e sociedade civil, pressionando os governos para adotarem posturas mais sérias e consequentes diante da insanidade que parece ser a tônica nas relações internacionais gerais e em saúde no nosso tempo.

Paulo Marchiori Buss, é médico, pesquisador e professor titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, desde 1976, membro Titular da Academia Nacional de Medicina do Brasil (2005). Foi Vice-presidente do Comitê Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010-2011), foi Presidente da Fiocruz por dois mandatos (2001-2008) e Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz por duas vezes (1989-1992 e 1998-2000), tendo também sido Vice-Diretor da ENSP (1985-1989) e Vice-Presidente da Fiocruz (1992-1996). Atualmente é diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz. Representa o Brasil no Conselho de Saúde da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) e na Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Judicialização da saúde: como pensar no futuro

Por Clenio Jair Schulze

A judicialização da saúde é uma das formas de concretização do direito da saúde, contudo, também se transformou em um nicho de mercado, em que interesses próprios atuam com finalidades específicas.

Assim, considerando o novo cenário de gestão federal no Sistema Único de Saúde - SUS, é preciso indicar medidas para pensar a judicialização em favor da sociedade e da Constituição da República Federativa do Brasil. Neste sentido, são apontadas algumas sugestões voltadas à qualificação e ao controle da judicialização da saúde:

1º Conciliação e/ou mediação obrigatórias: a conciliação e a mediação também são instrumentos de acesso à Justiça. Assim, é preciso avançar no uso destes meios adequados de resolução de conflitos. São úteis, por exemplo, para verificar se há algum tratamento alternativo ao judicializado. Em caso de obstinação terapêutica também é possível substituir por tratamento paliativo, a fim de conferir dignidade à pessoa. Ou seja, é necessário fomentar a resolução extrajudicial dos litígios.

2º Maior interação entre SUS e Judiciário: a magistratura precisa conhecer a estrutura e o funcionamento do SUS: a) a atuação da CONITEC; b) como funciona a regulação e as listas de espera; c) como é debatido o orçamento da saúde e a alocação de recursos; d) como é a relação entre o SUS e o mercado de saúde. São exemplos para permitir maior deferência judicial e mais transparência na gestão da saúde.

3º Natjus digital: o NatJus é um instrumento consolidado no Poder Judiciário (é um núcleo que apoia a magistratura na emissão de notas técnicas sobre tratamentos judicializados). Mas é preciso avançar na sua qualificação, com a ampliação dos serviços, melhoria das notas e pareceres técnicos. Além disso, um sistema digital, a superar o modelo analógico, que permita consulta sobre evidências em saúde em tempo real traria enormes avanços

na judicialização da saúde.

4º Desfecho clínico judicial: o grande desafio da prestação de saúde é encontrar o melhor desfecho clínico. Neste ponto, é preciso entregar valor à sociedade, no sentido de gastar o orçamento com qualidade, produzindo resultados satisfatórios. Isto ainda não foi alcançado no processo judicial, razão pela qual há espaço para melhorias na relação entre desfechos clínicos e desfechos judiciais decisórios.

5º Definir a responsabilidade dos entes públicos: muitos casos são judicializados porque não houve acerto entre União, Estados e Municípios em relação à responsabilidade de cada ente público. Assim, é preciso dar mais relevância para a CIT (Comissão Intergestores Tripartite), inclusive com a assunção das atribuições nos termos preconizados no federalismo sanitário.

6º Fomento a novas práticas de gestão e a novas tecnologias (healthtechs): como forma de reduzir a judicialização da saúde é preciso a adoção de práticas regulatórias inovadoras, como o sandbox (Lei Complementar 182/2021), para testar novas experiências e fomentar pesquisa e desenvolvimento pelo Sistema de Justiça e pelos Sistemas de Saúde (Pública e Suplementar).

7º Criação de mecanismos de controle pós processual: o cidadão é paciente do sistema de saúde (e não pode ser paciente do Judiciário). Assim, é importante o controle do caso após o término do processo judicial, a fim de verificar se o tratamento foi eficaz e se houve aplicação adequada dos recursos. Avaliar também a possibilidade de utilização de órgão ou câmara voltada para acompanhar a execução e o cumprimento da decisão judicial.

8º Ampliação dos poderes das agências de avaliação de tecnologias: é preciso permitir que CONITEC e ANS tenham poderes para expedir decisões liminares, com a inclusão ou não inclusão de novas tecnologias no rol do SUS ou no rol da ANS. Muitas vezes é moroso o processo de avaliação de novas tecnologias em saúde. Com a criação de um sistema fast track, por exemplo, seria possível resolver (deferir ou indeferir) os pedidos com maior celeridade. A decisão serviria de base para o Poder Judiciário analisar os casos judicializados, com mais robustez no campo científico.

9º Fomentar o SUS: muitos posicionamentos judiciais são adotados em desacordo com os ditames regulatórios do SUS (às vezes por desconhecimento). Portanto, é importante mais divulgação sobre as boas práticas em saúde. O SUS é o maior programa mundial de acesso universal à Saúde. Além disso, ampliar o investimento em saúde também significa reduzir potencialmente a judicialização e permitir mais desenvolvimento social.

10º Praticar o Constitucionalismo Sanitário: A Constituição da República Federativa do Brasil é uma Constituição da Saúde, uma Constituição Sanitária! A saúde está presente 72 vezes no texto da Constituição! Isto representa muito! São vários os dispositivos que consagram a saúde, diretamente (artigo 6º, artigos 196 a 200) ou indiretamente (artigo 1º, artigo 3º, artigo 170). Assim, cabe ao Estado (Legislativo, Executivo e Judiciário) fomentar a Constituição, concretizando o direito da saúde da forma mais ampla possível.

Como se observa, são medidas que podem auxiliar a pensar a judicialização da saúde do futuro.

Clenio Jair Schulze, Doutor e Mestre em Ciência Jurídica pela Universidade do Vale do Itajaí - Univali. Pós Graduado em Justiça Constitucional e Tutela Constitucional dos Direitos pela Universidade de Pisa/IT. Professor da Escola da Magistratura Federal de Santa Catarina ESMAFESC. Professor da Escola da Magistratura do Estado de Santa Catarina ESMESC. Membro do Comitê de Saúde do Fórum da Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Juiz Federal em SC. Foi Juiz Auxiliar da Presidência do Conselho Nacional de Justiça CNJ (2013/2014). Autor do livro Judicialização da Saúde no Século XXI (2018) e coautor do livro Direito à Saúde (2019).

O que esperar do SUS nos próximos anos

Por Carmino de Souza

Sempre que temos um processo eleitoral, temos nossas esperanças renovadas de que novos e melhores tempos possam vir para a Saúde Pública, conseqüentemente, ao nosso SUS. Neste momento em particular onde estamos ainda convivendo no que podemos chamar de a maior crise sanitária dos últimos 100 anos, com toda a sua gravidade e dramaticidade, arrefecida, mas não terminada, fica a pergunta: como será nosso futuro na saúde pública em curto, médio e longo prazo. Muitos estudiosos de várias especialidades e profissões, todas elas ligadas à saúde pública têm debatido o assunto e opinado sobre o que virá e como faremos para ultrapassar estas dificuldades.

O Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), com sede no município de Campinas e que há mais de quinze anos traz estes debates todas as semanas através de sua publicação semanal "Domingueira da Saúde Gilson Carvalho", lançou a seus colunistas o desafio de discutir e propor as medidas que deverão ser desenvolvidas nos próximos dez anos. Gostaria de abrir um espaço para fazer um tributo a este grande médico, homem e defensor incondicional do SUS que foi Gilson Carvalho. Gilson, foi um dos fundadores do IDISA e criador da "Domingueira da Saúde" dentre as infinitas ações que fez em favor do SUS.

Faz muita falta! Serão dez artigos que se iniciaram em outubro e irão até o final deste ano de 2022. Mas, independentemente dos conteúdos que serão oportunamente disponibilizados, creio que foi uma excelente ideia de os editores abordarem as várias faces dos problemas e projetos no âmbito do SUS.

Neste artigo vou assinalar alguns pontos que julgo importantes para os próximos anos, com especial destaque ao próximo governo, apenas eleito. Apesar de termos dezenas de temas que poderiam ser aqui discutidos, destacarei quatro que julgo serem fundamentais dentro, obviamente, de minha ótica de onco-hematologista e gestor de saúde pública: financiamento do SUS; regionalização do SUS, o enfrentamento do câncer no âmbito do SUS; apoio incondicional às indústrias da saúde tais como o Instituto Butantan e Fiocruz.

1 - Financiamento do SUS: Certamente o SUS está subfinanciado com um

progressivo “desfinanciamento” nas últimas décadas principalmente por parte do Governo Federal. Apesar do país aplicar 9% de seu PIB em Saúde, apenas 4,8% são recursos públicos. Os recursos restantes vêm da atividade privada, principalmente, das aplicações das famílias em planos de saúde ou em gastos diretos. Devemos elevar este % para, pelo menos, 6% do PIB que são os valores de muitos países através do mundo (todos da OCDE), incluindo nossos vizinhos que, como todos sabem, tem uma riqueza muito inferior à nossa. Dispositivos constitucionais e legais definiram o % de alocação orçamentária em saúde dos Estados e Municípios, mas, nunca isto foi definido para o Governo Federal, isto é, o Ministério da Saúde. O teto de gastos, incluindo a EC95, pioraram a situação pois congelaram os recursos federais por 20 anos. O SUS não suportará isto;

2 - Regionalização da Saúde: Um fato que sempre me intrigou é porque o Brasil não tem uma instância de poder regional como a maioria dos países da Europa e mesmo os Estados Unidos da América. Não havendo esta instância de poder e gestão no pacto federativo, este elo da corrente de responsabilidades no SUS tem sido frágil e sem uma organização única e eficiente. Vemos que os municípios podem e tentam se organizar em várias modalidades tais como os “consórcios” intermunicipais; as regiões metropolitanas que buscam ocupar este espaço em algumas regiões do país, as comissões inter-gestoras regionais, parte ativa da organização do SUS e que buscam administrar, porém sem força orçamentária e/ou política, etc., etc. Entretanto, nenhuma delas, assim como outros modelos, têm poder ou atribuições claras quanto a governança e organização da saúde em nível regional. Este é um tema difícil pois não existem definições legais ou normativas para que isto seja equacionado;

3 - Enfrentamento do Câncer: Tenho defendido sempre e onde posso que o Brasil precisa de um “Programa Nacional de Enfrentamento do Câncer” ligado ao Ministério da Saúde à semelhança de outros programas vitoriosos existentes no âmbito do SUS. Além disto, tenho defendido a criação de Centros Integrados de Câncer distribuídos pelo país, a organização de redes de câncer e uma total revisão das práticas de financiamento que possam respeitar a evolução da área e as incorporações de novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Temos que trabalhar pela equidade na área e promover o acesso com qualidade esteja onde estiver o paciente com câncer em território nacional;

4 - Indústrias da Saúde: Durante a pandemia vimos a nossa absoluta dependência e vulnerabilidade na área da saúde. Para que isto possa

ser mitigado, precisamos um projeto robusto, de estado, plurianual para desenvolvermos cada vez mais nossos grandes produtores de fármacos, imunobiológicos, hemoderivados e produtos celulares (como as Car-T-Cells).

O país precisa retomar o protagonismo na produção de fármacos para as chamadas doenças negligenciadas, drogas "clássicas" onde não há interesse das casas farmacêuticas, produção de IFAs de produtos fundamentais como as vacinas, dentre muitos outros produtos fundamentais a segurança sanitária do país.

É claro que este é um tema fundamental e que voltarei a ele em textos subsequentes pela sua importância e pela conjuntura de termos um novo governo que, esperamos, tenha uma visão mais ambiciosa em relação a saúde pública.

A pandemia nos ensinou que não podemos ficar passivos aguardando a próxima crise.

Carmino Antônio de Souza - é professor titular da Unicamp. Foi secretário de saúde do estado de São Paulo na década de 1990 (1993-1994) e da cidade de Campinas entre 2013 e 2020. Atual secretário-executivo da secretaria extraordinária de ciência, pesquisa e desenvolvimento em saúde do governo do estado de São Paulo.



Data de instituição: 10 de outubro de 1994

Registro: 1º Cartório de Registro Civil de Pessoa Jurídica de Campinas/SP.

CNPJ: 00.290.168/0001

Entidade privada sem fins lucrativos

Inscrição Estadual: isento

Endereço: Rua José Antônio Marinho, 450 – CEP 13.084-783 – Campinas/SP

Fone: (19) 3289-5751

Site: www.idisa.org.br

Diretoria Executiva

Presidente: Lenir Santos

Vice-Presidente Administrativo e Financeiro: Reynaldo Mapelli Junior

Diretor de Apoio à Gestão: Gonzalo Vecina Neto

Diretores Regionais:

Região Norte: Charles Cezar Tocantins de Souza

Região Nordeste: Thiago Lopes Cardoso Campos

Região Centro-Oeste: Valéria Alpino Bigonha Salgado

Região Sul: Clenio Jair Schulze

Região Sudeste: Tadahiro Tsubouchi

Conselho Superior e Fiscal:

Nelson Rodrigues dos Santos

Tarsila Costa do Amaral

Alex Marques Cruz

Suplentes:

Primeiro: Jordão Horácio da Silva Lima

Segundo: Dra. Joana Rocha e Rocha

Assine a Revista Domingueira da Saúde Gilson Carvalho:

idisa.org.br/domingueira