

DOCUMENTO DE PROPOSTAS ESTRATÉGICAS PARA A **SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL**

ELABORADO COM A PARTICIPAÇÃO DOS
SECRETÁRIOS E DIRIGENTES MUNICIPAIS DE SAÚDE
PORTO ALEGRE (RS), JANEIRO DE 2015

SOBRE O COSEMS/RS

O Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS), fundado em 20 de junho de 1986, é uma entidade civil de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Devido a uma alteração estatutária realizada em 2012, para adequar-se aos demais Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde do Brasil, a sigla ASSEDISA/RS (Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul) foi substituída por COSEMS/RS.

O COSEMS/RS tem por finalidade lutar pela gestão municipal de Saúde, congregando secretários e dirigentes e funcionando como órgão permanente de intercâmbio e troca de experiência. Participa da gestão das políticas públicas em nível estadual e nacional e atua para que a Saúde nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul seja a melhor possível.

A partir da segunda metade da década de 1980, o Brasil se viu diante de inúmeras reformas políticas após um longo período sob regime militar. Dentre as mudanças que tomavam forma na época estava a criação da Comissão da Reforma Sanitária, que seria instalada no País para a preparação de uma proposta de reforma do Estado brasileiro, a ser incluída na Assembleia Nacional Constituinte de 1988. Em março de 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, a Assembleia Nacional Constituinte era ainda uma proposta, mas já existia o sentimento de organização por parte das diferentes áreas de governo. Os gestores municipais sentiram aí a necessidade da organização de uma associação de secretários municipais de Saúde nos Estados, objetivando a criação de uma entidade Nacional, que estabelecesse uma representação junto aos Estados, ao Governo Federal e na referida Comissão da Reforma Sanitária.

Neste cenário de mudanças, 77 representantes de municípios das diversas partes do país participaram de uma reunião informal – realizada nos degraus do ginásio de esportes que recebeu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Naquele momento, se iniciaram as articulações para a criação de um órgão nacional que representasse as Secretarias de Saúde de todos os municípios brasileiros.

Em junho de 1986, na sede do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), foi criada a Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (ASSEDISA), que desde o início buscou uma articulação com a FAMURS e, a partir de então, passou a participar ativamente na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), primeiro atuando nas Ações Integradas de Saúde (AIS), no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, finalmente na criação da entidade nacional, o CONASEMS, em abril de 1988.

Na época da criação da ASSEDISA, não havia mais que 20 municípios com secretarias de saúde. O SUS estava iniciando e ainda era uma proposta muito distante. Contudo, a Assedisa teve importante papel na Assembleia Nacional Constituinte, onde defendeu a proposta da Comissão de Reforma Sanitária e as decisões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que previa a construção de um Sistema Universal e a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. A entidade sempre esteve ao lado das diversas gestões do Governo Estadual para a construção do Sistema Estadual de Saúde, atuando na articulação do repasse fundo a fundo dos recursos financeiros da União e dos Estados. Dentro desta busca de parceria com a Secretaria Estadual da Saúde, a Assedisa teve atuação de peso na construção do Conselho Estadual de Saúde, no Governo Simon.

TEMAS DEFENDIDOS

Anualmente, em seu Congresso anual ou em outros espaços de discussão, como os seminários, as reuniões mensais da Diretoria e do Conselho Deliberativo, a entidade revisa e atualiza seus temas prioritários, que passam a ser defendidos pelos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde sendo compreendidos como importantes para a Saúde Pública do Rio Grande do Sul e do Brasil. A seguir, destacamos os principais deles:

1 - Revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para a área da Saúde, pois ela limita os municípios quanto a contratações e não dialoga com as necessidades de saúde, impedindo o avanço dos serviços para atender a população. O limite da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) número 101, de 2000 torna-se em dilema para ampliação dos serviços de Saúde à medida que a crescente demanda por parte da população e a pressão dos profissionais por melhores salários colocam os municípios em choque contra o limite de gastos com pessoal determinado pela LRF. A LRF determina que os municípios podem destinar até 54% da receita líquida para gastos com pessoal. Ao mesmo tempo, são obrigados a investir 15% do orçamento em Saúde, índice que geralmente é superado e acaba impactando significativamente no orçamento.

2 - Repúdio à ação movida pelo CREMERS no Judiciário, que permitiria a cobrança ao cidadão pelo serviço prestado no SUS. O COSEMS/RS é contra a criação do atendimento pago no SUS porque fere os princípios de universalidade, integralidade e equidade que foram conquistados na Constituição de 1988, fruto da mobilização da sociedade civil brasileira. O acolhimento da ação que tramita no STF desde 2008 causaria um retrocesso inaceitável na política de saúde pública do País, criando um cidadão de segunda categoria. É preciso mobilização dos gestores municipais de Saúde para que o julgamento ocorra com informações consistentes e baseado em normas legais. O atendimento pago no SUS interessa a

poucos e agride um direito básico da população brasileira: saúde de qualidade e para todos.

3 - Revisão dos tetos dos municípios em Plena. O Estado do Rio Grande do Sul tem trabalhado e avançado nas questões do financiamento, porém, é necessária a revisão emergencial por parte do Ministério da Saúde do teto dos municípios em Plena.

4 - Ampliação do Mais Médicos e liberação para a contratação dos profissionais para que possam também atuar nas UPAs durante os finais de semana e feriados, custeados pelos municípios. O COSEMS/RS encaminhou em 8/4/14 ofício para o ministro da Saúde, Arthur Chioro, apresentando proposta para que o Programa Mais Médicos para o Brasil seja prorrogado por mais três anos, a partir de sua previsão inicial de término, em 2016, para 2019. A proposta, aprovada em reunião ordinária da entidade realizada em 3/4/14, visa atender a necessidade de se cumprir o fluxo de formação em andamento com as novas regras para a graduação e a residência médica. Este é o segundo encaminhamento referente ao Programa Mais Médicos decidido pelos gestores municipais da saúde do Rio Grande do Sul.

Em fevereiro de 2014, o COSEMS/RS formalizou solicitação ao Ministério da Saúde para que o atendimento dos profissionais do programa fosse ampliado às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e aos Pronto Atendimentos (PAs) nos fins de semana. O pedido da entidade foi para que os médicos possam atender nos municípios onde estão lotados também nessas unidades, no período entre às 19h de sexta-feira e às 7h de segunda-feira. Essas modificações nas normas vigentes do Programa ampliariam a cobertura e, por consequência, atenderiam mais pessoas. O ofício enviado ao Ministério da Saúde prevê que o custeio dos serviços se dará por meio do uso de recursos dos municípios ou já destinados pelo MS e/ou secretarias estaduais da saúde, sem que implique em novos desembolsos ao Ministério ou às gestões estaduais.

5 - Apoio ao Movimento Saúde Mais 10, a fim de que o financiamento à Saúde possa efetivamente estar contemplado e cumprido a partir da EC 29 em todas as esferas governamentais. Os municípios já cumprem e ampliam a cada ano os investimentos. O RS passou a cumprir o percentual de 12% a partir de 2013, restando apenas à União aplicar de forma efetiva os 10% como percentual constitucional, fazendo diferença na execução das linhas de cuidado em todo o País. A adesão do COSEMS/RS ao Movimento Saúde Mais 10 foi aprovado por unanimidade na Assembleia Extraordinária realizada durante o Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul 2012, realizado nos dias 28, 29 e 30 daquele ano em Caxias do Sul.

6 - Defesa da manutenção do PAB Estadual , reforçando a conquista histórica efetivada com o PIES.

COSEMS/RS solicitou em 2012 à Secretaria Estadual da Saúde (SES) que a partir de 2013 equiparasse o valor destinado ao Piso de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES) ao investimento federal no Piso de Atenção Básica (PAB), que em 2012 foi de R\$ 170 milhões. Quanto ao reajuste do valor, os secretários da saúde pediram que o PIES estadual seja revisto sempre que houver mudanças no repasse do PAB. A entidade também fará gestão junto à Assembleia Legislativa para que o repasse esteja garantido no orçamento do próximo ano.

Resultado da luta dos municípios gaúchos ao longo das últimas duas décadas, o financiamento através do PIES se dá através de repasse realizado fundo a fundo pelo Estado para a qualificação das ações na Atenção Primária (AP) mantidas pelas secretarias municipais de saúde. Este valor, que vem complementar os orçamentos das secretarias, tem grande impacto no dia a dia da gestão municipal, que passa a ter mais recursos para melhorar os serviços diretos oferecidos ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS).

Repassado aos municípios com a característica de utilização apenas no financiamento do custeio da Atenção Primária pela primeira vez em 2010, o PIES foi implantado como política estadual na resolução número 119, de 2011, quando R\$ 40 milhões foram destinados. Em 2012 os municípios receberam R\$ 80 milhões. Além de o valor ter dobrado em relação ao ano anterior, em 2011 a Secretaria Estadual de Saúde (SES) implantou critérios de repasses diferenciados em que 50% do valor é distribuído de acordo com a densidade populacional. Os outros 50% são calculados com base na receita tributária líquida dos municípios, beneficiando com mais recursos os que apresentarem receita per capita menor.

A bandeira de luta por um financiamento estadual da Atenção Básica no Rio Grande do Sul faz parte da agenda do COSEMS/RS desde 1997. O Ministério da Saúde tinha sua contrapartida através do PAB e o Estado, até então, não participava com essa compensação aos municípios. Em 1999, o Governo Estadual implantou o Programa Municipalização Solidária, oferecendo um recurso extra que podia ser utilizado tanto no investimento quanto no custeio com base em indicadores de saúde, como a mortalidade infantil. Contudo, em 2003, com a troca de governo, o repasse mudou de nome para Município Resolve, mas com o passar do tempo o financiamento acabou sendo interrompido. Os municípios seguiram fazendo pressão para a implantação de um piso fundo a fundo para o custeio da Atenção Básica. Então, em 2010, o repasse voltou a ocorrer atingindo R\$ 15 milhões. Na estruturação do orçamento da saúde para 2011, um movimento liderado com a participação do COSEMS/RS e da FAMURS junto à Assembleia Legislativa garantiu o remanejamento de recursos tendo o valor do piso da Atenção Básica aumentado para R\$ 40 milhões e sendo incorporado como política, o PIES, em maio de 2011.

7 - Defesa do Mais Médicos. Nos últimos anos foi colocado em pauta pelo Governo Federal um assunto extremamente necessário à Saúde do País e que tem suscitado um debate que já deveria estar ocorrendo há bem mais tempo: a evidente falta de profissionais médicos para atender grande parte de nossa população, especialmente os mais pobres. Mas, antes disso, e mais importante, oportunizou a discussão sobre o modelo de saúde pública.

O Brasil tem médicos abaixo do mínimo por habitantes e sua distribuição é péssima. Faltam profissionais nas pequenas cidades ou nos grandes conglomerados urbanos, onde mais se precisa deles. Sobram em cidades litorâneas ou com alto poder aquisitivo, como Brasília. O programa, que equivocadamente é taxado de paliativo por alguns de seus mais ferozes críticos, dentre eles algumas categorias profissionais, na verdade, será um dos principais responsáveis, a curto e médio prazo, pela reformatação qualitativa do modelo de atenção à saúde do Brasil. Com a previsão da chegada de 13 mil novos médicos, o impacto será a inclusão de mais de 50 milhões de pessoas no Sistema Único de Saúde (SUS), que não tinham acesso a serviços médicos na atenção básica. Além disso, haverá a reorganização deste primeiro atendimento e a reformatação do modelo de atenção à saúde, desconstituindo reservas de mercado garantidas até então pela formação acadêmica insuficiente para atender à demanda social e epidemiológica brasileira.

O Mais Médicos é um passo importante na transição do modelo de atenção à saúde atual para outro, mais adequado social e epidemiologicamente com maior sustentabilidade. O Brasil, obviamente, não quer e não pode ficar dependente de médicos de fora do país, tampouco de entidades nacionais que desejam ditar como o SUS deve funcionar, priorizando a lógica de mercado que fortalece a procura em detrimento da oferta e, por isso, não está em consonância com a epidemiologia nacional.

As críticas de alguns segmentos da classe médica quanto às condições de trabalho oferecidas no sistema de saúde procedem em parte, pois, de fato, em algumas regiões ou situações, as condições são insuficientes. Por outro lado, os apontamentos deixam de traduzir a realidade nacional, ao tentar caracterizar o SUS como totalmente desqualificado, o que não é verdade, visto termos inúmeros exemplos de unidades de saúde, sejam na atenção básica ou em outras complexidades, absolutamente estruturadas, em grandes centros urbanos e pequenas cidades e, mesmo assim, sem ter médicos para atender a população. A outra parte dessa verdade, negada por aqueles que são contrários ao Mais Médicos, é que por melhores as condições que sejam oferecidas, muitos médicos se negam a atender pelo SUS ou ainda a trabalharem em municípios que não estejam em grandes centros urbanos. Por fim, o fato de que medicina se tornou, em parte, dependente de alta tecnologia para diagnóstico, dado o esvaziamento da prática clínica. A opção meramente tecnológica, em detrimento do processo clínico, e o mais

grave, sem que isso representasse melhoria nos indicadores epidemiológicos e maior acesso da população aos serviços médicos.

O Mais Médicos é o programa de maior relevância social no país desde a implantação do Bolsa-Família, que em dez anos beneficiou 13,8 milhões de famílias carentes, garantindo o acesso à saúde e à educação para mais de 50 milhões de pessoas, segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Primeiro, porque contribui para enfrentar e resolver um grande problema vivenciado por prefeituras do País inteiro, que é a captação e a fixação de médicos para equipe de saúde da família na atenção básica. Cabe observar que o programa oportunizará isso, mas sem impor aos municípios que assumam o vínculo contratual com esses profissionais, pois é o próprio Governo Federal, através do Ministério da Saúde, que assume esses encargos e, mais, faz o pagamento direto dos médicos, não trazendo problemas às prefeituras com os percentuais máximos impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Em segundo lugar, porque prioriza a organização da atenção básica, fortalecendo-a como "porta de entrada" aos serviços de saúde. Além disso, com essa medida, amplia decisivamente acesso de milhões de brasileiros aos serviços de saúde médicos, contribuindo para desfazer filas de espera para primeira consulta, ampliando e qualificando consultas de pré-natal. Por isso é o programa que pode, a médio e longo prazo, impactar fortemente para melhorar indicadores essenciais de saúde pública como a redução da mortalidade infantil e a mortalidade materna, entre muitos outros, que não estão relacionadas diretamente à necessidade de alta tecnologia.

A adequação e a ampliação do financiamento do SUS são necessidades inequívocas, porém, isso por si só, não responde a todas as dificuldades que se vive no Sistema atualmente. O modelo de atenção à saúde vigente e a prática na assistência à saúde da população, especialmente a médica, em que se ressalte não a única, devem ser revistos, pois têm igual responsabilidade na inviabilidade da sustentabilidade econômica da política pública de saúde. Assim, não basta aumentar os recursos para o financiamento do SUS e continuarmos com modelo de saúde pouco resolutivo e muito caro, que priorize o interesse de mercado em detrimento à realidade epidemiologia nacional.

8 - Manter e ampliar a recente elevação do financiamento do SUS pelo Estado, com a destinação de recursos novos para serviços novos. Em 2013, pela primeira vez, o RS teve previsão de orçamento com destinação do piso Constitucional Federal de 12%. A Atenção Básica (AB), de maneira inédita, teve valor considerável no orçamento da Secretaria Estadual da Saúde (SES), com R\$ 320 milhões em repasses fixos e variáveis de fundo a fundo. Considerando o investimento na Assistência Farmacêutica, que teve saldada a dívida com os municípios, o percentual do orçamento da SES em 2014 é de aproximadamente 22% do total, realidade incomum em orçamentos estaduais de saúde.

Os repasses fundo a fundo da gestão estadual a todos os municípios se constituíram em característica do último período, com um novo tipo de destinação para a Saúde Mental, assegurando recursos aos CAPSs e aos Consultórios de Rua e oferecendo apoio econômico aos municípios para maior sustentabilidade da Reforma Psiquiátrica.

A AB contou, além de recursos orçamentários repassados fundo a fundo, com a participação marcante do Programa Federal Mais Médicos. Foram 1.079 profissionais atuando em mais de 70% dos municípios e reconfigurando o modelo de AB em Saúde, transitando do tradicional ambulatório, pouco resolutivo, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com ampliação de cobertura e de acesso. A Assistência Hospitalar recebeu atenção especial. Primeiro, pela orçamentação pela gestão estadual de hospitais 100% SUS, aliviando os municípios. Depois, houve o pagamento de dívida histórica do Estado como segmento filantrópico, sendo possível salvá-los da situação econômica crítica.

A busca de avanços no cofinanciamento estadual é importante para a inserção de novos profissionais nas equipes de ESF, entre eles, o farmacêutico. Esse profissional participaria das visitas domiciliares e estaria presente nas unidades básicas, discutindo a posologia com o paciente, evitando combinações erradas de medicamentos. Outro profissional importante de se contar nas equipes seria o nutricionista, que estaria presente nas equipes e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), atuando na segurança alimentar.

9 - Respeito às responsabilidades tripartite no financiamento e gerenciamento da saúde .

10 - Olhar especial à Atenção Secundária e ao acesso não apenas a consultas especializadas, e, principalmente, ao acesso a exames complementares ao diagnóstico, a fim de ampliar a resolutividade e a integralidade na atenção. Tudo isso tendo presente os profundos e significativos avanços obtidos na atenção primária.

11 - Aplicação regionalizada dos recursos do CIES, devendo haver alteração na resolução da CIB que trata do tema, de modo que os municípios e regiões sejam, de fato, protagonistas das ações. Há a necessidade premente de consolidar a Educação Permanente e a qualificação da gestão oferecendo suporte aos gestores de saúde e as suas equipes de saúde e a qualificação dos trabalhadores da Atenção Básica e, mais especificamente, de ESF.

12 - Efetivação do Protocolo de Intenções assinado entre o Estado e o COSEMS/RS em maio de 2014, durante o Congresso das Secretarias Municipais de Saúde 2014, em Santa Cruz do Sul, para implantação de políticas públicas, de modo que a entidade possa estar mais próxima dos municípios assessorando nas ações de gestão, planejamento, discussões e monitoramento de ações.

13 - Garantia da continuidade do financiamento pela SES/RS da edição anual do Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul, de modo que o evento continue sendo o maior espaço de formação e debate das políticas públicas de saúde sob a visão de municípios, Estado e União, sendo espaço privilegiado de participação e protagonismo dos secretários e gestores municipais de Saúde.

14 - Que o Estado continue qualificando e ampliando seu papel de coordenador e articulador na política de Saúde do Estado, assumindo de fato o seu papel de regulador.

15 - Manutenção da Atenção Básica como a ordenadora das Redes de Cuidado e ampliação do ESF com o fortalecimento da AB em todas as redes, definindo, principalmente, o seu nas Urgências e Emergências.

16 - Implantação do COAP, com a continuidade da regionalização dos serviços do SUS, desconcentrando boa parte dos atendimentos da capital e evitando deslocamentos desnecessários.

17 - Respeito à instância municipal e seu papel legítimo de gestor em nível local da Saúde na discussão, encaminhamento e contratualização com todo e qualquer prestador de serviço, assegurando a autonomia dos municípios na indicação de prioridades.

18 - Respeito ao Controle Social e políticas de gestão como as ouvidorias.

19 - Defesa das fundações públicas como alternativa de gestão.

20 - Investimento na Modernização dos serviços através de instrumentos como a informatização e o Telessaúde.