

PROPOSTA: VIRADA INTERFEDERATIVA PRÓ-SUS

- OBJETIVO GERAL

- EIXO METODOLÓGICO

- INICIATIVAS DESDE JÁ

(17/02/2011)

Objetivo geral

Comprovar de forma irrefutável em prazo curto aos dirigentes e técnicos das áreas social e econômica, às lideranças políticas e aos formadores de opinião, a possibilidade concreta do SUS dar certo no cumprimento de metas de cobertura populacional, qualidade, resultados, eficiência, relação custo-efetividade, impacto nos níveis de saúde e satisfação da opinião pública, em função da realização das diretrizes constitucionais da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Regionalização e Participação.

Eixo metodológico

Realizar essa possibilidade em um certo número de Regiões Sanitárias definidas sob critérios já consensados na CIT, e que reflitam a diversidade macrorregional e regional do território nacional. Desdobramentos conceituais e estratégicos:

- 1- Entendimento de que a Região Sanitária deve ser construída como a menor célula do SUS, isto é, onde a atenção integral à saúde de toda população se reproduz em todos os níveis de complexidade e densidade tecnológica, tanto assistencial como de vigilância em saúde, excetuando os centros de referência macro-regional de densidade tecnológica mais sofisticada, e onde o conjunto dos princípios e diretrizes constitucionais e da lei orgânica da saúde devem ser implementados.
- 2- A diretriz da Regionalização deve ser assumida estrategicamente como o “choque de descentralização” discutido e constante no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão em 2006, onde os municípios da região e o estado,

por meio da diretoria regional de saúde-DIRES- pactuam e realizam essa construção.

Caberá aos estados reforçar técnica e gerencialmente as DIRES para sua participação na gestão da regionalização e de cada região sanitária, assim como na gestão da equidade inter-regional, e caberá aos municípios pactuar a construção e gestão intermunicipal do novo modelo de atenção integral à saúde em cada região em todos os níveis de complexidade e densidade tecnológica, e junto a DIRES, as referências macrorregionais.

- 3- O modelo de atenção a ser implementado é o com base nas necessidades e direitos da população com atenção básica acessível e acessando toda a população, sendo implementada nas UBSs e nas ESF com crescente cobertura até pelo menos 90% da população e crescente qualidade/resolutividade até pelo menos 85% das necessidades de saúde. Deve atuar sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde (intersetorialmente), sobre as proteções específicas nas situações de risco, sobre o diagnóstico e tratamento precoces, e no cuidado aos crônicos e egressos de intervenções especializadas. As ações e serviços de “baixa média” complexidade devem ser agregados à estratégia da AB, no planejamento da oferta e na forma de remuneração.
- 4- O desenvolvimento da AB levará a ser a porta de entrada preferencial, e deve lhe prover a capacidade de orientar e ordenar as linhas de cuidado que se estendem aos serviços de MAC, por meio de protocolos de conduta consensados e adequados às realidades regionais, e os serviços de MAC deverão ser racionalizados e aliviados do alto desperdício de atos evitáveis e / ou desnecessários.
- 5- Quanto ao modelo de gestão, os recursos financeiros das três esferas de governo alocados na região devem compor o orçamento “SUS” com atribuições, destinos e controles pactuados, incluindo os CMSs e o CES. Os instrumentos de planejamento e avaliação devem ser adequados e simplificados de forma pactuada e transparente, em função do sistema regional comprovar no menor prazo possível, que o “SUS pode dar certo”, ao contrário do sofisma e temor de que o SUS “não dá certo”, e a favor do lema lançado na 10ª Conferência Nacional, de que “onde dá SUS, dá certo”. (PPI, PDR, PDI, etc.)
- 6- É estratégia inabdicável na implementação deste objetivo, a adequada gestão da ciência, tecnologia e inovação, que inclui não só os procedimentos preventivos e curativos, como o cartão-saúde (e seu cadastramento), o prontuário eletrônico, a lógica da economia da escala vis a vis a efetivação da equidade e outros.
- 7- A gestão de recursos humanos deverá repousar sobre a alocação, o perfil e a adesão dos profissionais necessários, de acordo com as necessidades e direitos da população, por meio de processos seletivos publicizados, carreiras, remuneração, condições de trabalho e educação permanente atrativos. Sempre que necessário, as dificuldades de contratações municipais e estaduais, poderão

ser superadas por consórcios inter-municipais/ estaduais ou fundações estatais de pessoa jurídica de direito privado inter-municipais/ estaduais, no âmbito da região. Não será o caso de OSs e OSCIPs ou congêneres, por desnecessárias.

- 8- Salvo situações excepcionais na media-alta e alta densidade tecnológica, a remuneração das ações e serviços deve ser global per - capita segundo o cumprimento de metas quantitativas e qualitativas pactuadas, a valores não inferiores aos custos previamente calculados. Os repasses financeiros deverão ser globais com destinos e prioridades definidos nos CGRs segundo diretrizes da CIT e CIBs.
- 9- Desde o início devem ser elaborados e aplicados indicadores de impacto nos níveis de saúde, de resultados nas ações rotineiras, de desempenho, de eficiência, de custo-efetividade e outros, de aplicação fácil e publicização imediata para conhecimento e debate nos conselhos de saúde, na mídia, no legislativo e nas entidades da sociedade. Neste contexto torna-se decisiva e inadiável a regulamentação do acesso às ações e serviços do SUS pelos 22% da população (média nacional) que são afiliados aos planos e seguros privados de saúde, em total observância dos princípios da Igualdade/ Equidade e da Integralidade.
- 10- Valorizar e apoiar o desenvolvimento dos Colegiados de Gestão Regional- CGR, órgãos de permanente formulação e pactuação de estratégias regionais dos municípios e a DARES, incluindo as relações do CGR com os conselhos municipais de saúde da região ou plenárias regionais de conselhos. Além do acompanhamento do processo da regionalização, trata-se da construção entre os gestores e a sociedade na região, da consciência das necessidades e direitos à atenção integral à saúde, o que só ocorre no âmbito da menor célula sistêmica, a região sanitária.
- 11- A estratégia aqui proposta deve também ser entendida como um salto de qualidade dos avanços e sucessos ao nível da micro-política e micro-processo de trabalho, que se evidenciam nas mostras de experiências exitosas do SUS, porém frágeis e reversíveis, para o nível “meso”, que é o regional, mais estrutural e menos reversível.
- 12- Com base nos critérios de regionalização já consensados na CIT, poderão ser definidos os critérios ou diretrizes nacionais para que as CIBs venham identificar as regiões sanitárias mais avançadas dentro dos limites atuais, com potencial seguro de em prazo relativamente curto, de até final de 2011 a meados de 2012- vierem a comprovar de maneira irrefutável, o SUS dando certo, pelos indicadores já mencionados e pela opinião pública (dos pobres, das “classes médias”, dos que utilizam e dos que não utilizam seus serviços). Deve ser assumida, na identificação, o critério estratégico das regiões sanitárias com maior acumulação e consistência de gestão e resultados na AB e na atenção integral, onde devemos ser aplicados recursos adicionais específicos não previstos no orçamento. O

objetivo é o de impactar a opinião pública e a atual relação de forças sócio-econômicas e políticas, do acerto do SUS enquanto política pública. Somente este impacto dará sustentação a ações governamentais no sentido de “nivelar por cima” as demais regiões no território nacional por meio de estratégias e etapas definidas na sequência.

- 13- A comprovação irrefutável de que o SUS pode dar certo em algumas regiões emblemáticas em prazo relativamente curto, com produção de decisivo impacto político, poderá ocorrer já em fase mais avançada do processo aqui proposto, em diferentes momentos para cada uma das regiões sanitárias escolhidas, sem que se precise chegar nesse prazo, à comprovação cabal final, qual uma tese acadêmica.

Iniciativas desde já

1. Pactuação na CIT de fundamentação e metas para a comprovação definida nesta proposta, assim como de eixo metodológico e passos operacionais, a partir dos subsídios já acumulados nos seminários e outros eventos Tripartites realizados na vigência do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão.
2. Identificar e assumir entre 10 e 20 regiões sanitárias no território nacional, sob os critérios propostos, incluindo o mapeamento dos municípios pólo e sub-polo e respectivas referências regionais de assistência, vigilância em saúde e planejamento/avaliação/controle, o que resultaria possivelmente em distribuição decrescente na ordem: SD- ND- S- CO- N das macrorregiões.
3. Também sob os critérios propostos, a população em cada região sanitária oscilaria possivelmente entre 500 mil e 1,5 milhão, totalizando nacionalmente 2,5% a 5% da população (5 a 10 milhões).
4. Sem elementos para prever e sugerir recursos adicionais imprescindíveis, lembramos um parâmetro médio nacional, os recursos públicos per - capita, que em dólares corrigidos pelo poder de compra, em 2008, segundo a OMS, eram por volta de 340 em nosso país, enquanto nos países com os melhores sistemas públicos de saúde, a media era de 2.000.
5. A nível nacional, com a experiência intensivamente acumulada pela gestão descentralizada de “tirar água das pedras” nos 20 anos do SUS, podemos estimar um horizonte de 1.000 dólares públicos p.c. para alinharmos entre os melhores sistemas públicos, o que significa triplicar a atual, média nacional. Vemos então algum propósito em estimar para as regiões identificadas segundo esta proposta, que a duplicação (em média) do seu atual per - capita público, condicionada à implementação das medidas e metas aqui apresentadas, produzirá efeitos-demonstração em prazos relativamente curtos anteriormente referidos.

6. Caso o peso das justificativas com base na implementação da política pública de saúde seja insuficiente, vale acrescentar pesquisa do IPEA recém-divulgada, Com base em 2006, onde cada real público gasto com saúde, gera R\$ 1,70 no crescimento do PIB, e cada 1% do PIB investido em Educação e Saúde, gera 1,78% no crescimento do PIB e 1,56% no crescimento da renda familiar.

Nelson Rodrigues dos Santos
Consultor do CONASEMS