



ABRASCO

Fórum de Coordenadores
de Pós-graduação em
Saúde Coletiva

Saúde Coletiva e o SUS: conquistas, cenários e desafios para a área do conhecimento

Gulnar Azevedo e Silva

Fortaleza, 21 de novembro de 2018



ABRASCÃO 2018, Rio de Janeiro, jul 2018





Global Conference on Primary Health Care, Astana, outubro 2018



Global Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, setembro 1978



Declaração de Alma-Ata “Necessidade de ação urgente de todos os governos, todos os profissionais de saúde e da área de desenvolvimento e da comunidade mundial para promover e proteger a saúde de todas as pessoas no mundo.”

Global Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, setembro 1978

As conquistas

TEMA 2 - REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

- 1 - A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária.
- 2 - No nível federal, este novo sistema deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para esse fim. Com este objetivo o Poder Executivo deve encaminhar, a curto prazo, mensagem ao Congresso, garantindo-se, entretanto, que a reformulação proposta seja prévia e amplamente debatida por todos os setores da sociedade civil. A unicidade de comando deve ser reproduzida nos níveis estadual e municipal.

SUS 30 anos

Direito universal estabelecido na Constituição de 1988

- Desenho territorializado com rede hierarquizada e níveis de atenção integrados
- Com instrumentos para compartilhamento da gestão entre entes governamentais e sociedade civil
- Ações de saúde pública e cuidados individuais em todos nos níveis de complexidade

Conquista da sociedade brasileira:

Assistência para 200 milhões de pessoas de acordo com suas necessidades independente da renda, idade e condição de saúde.

“A atenção primária à saúde, na experiência brasileira, é o coração do sistema universal de saúde.”

Fiocruz e Conselho Nacional de Saúde. Posicionamento Brasileiro para a Global Conference on Primary Health Care, Astana, outubro de 2018

Estratégia Saúde da Família

. 41 mil equipes multiprofissionais em 5400 municípios: 130 milhões de brasileiros.

(cuidados individuais e ações coletivas de promoção e prevenção, cura e reabilitação; continuidade da atenção com acesso à atenção especializada e hospitalar nos níveis secundário e terciário)

Impacto:

. mortalidade infantil e de menores de cinco anos.

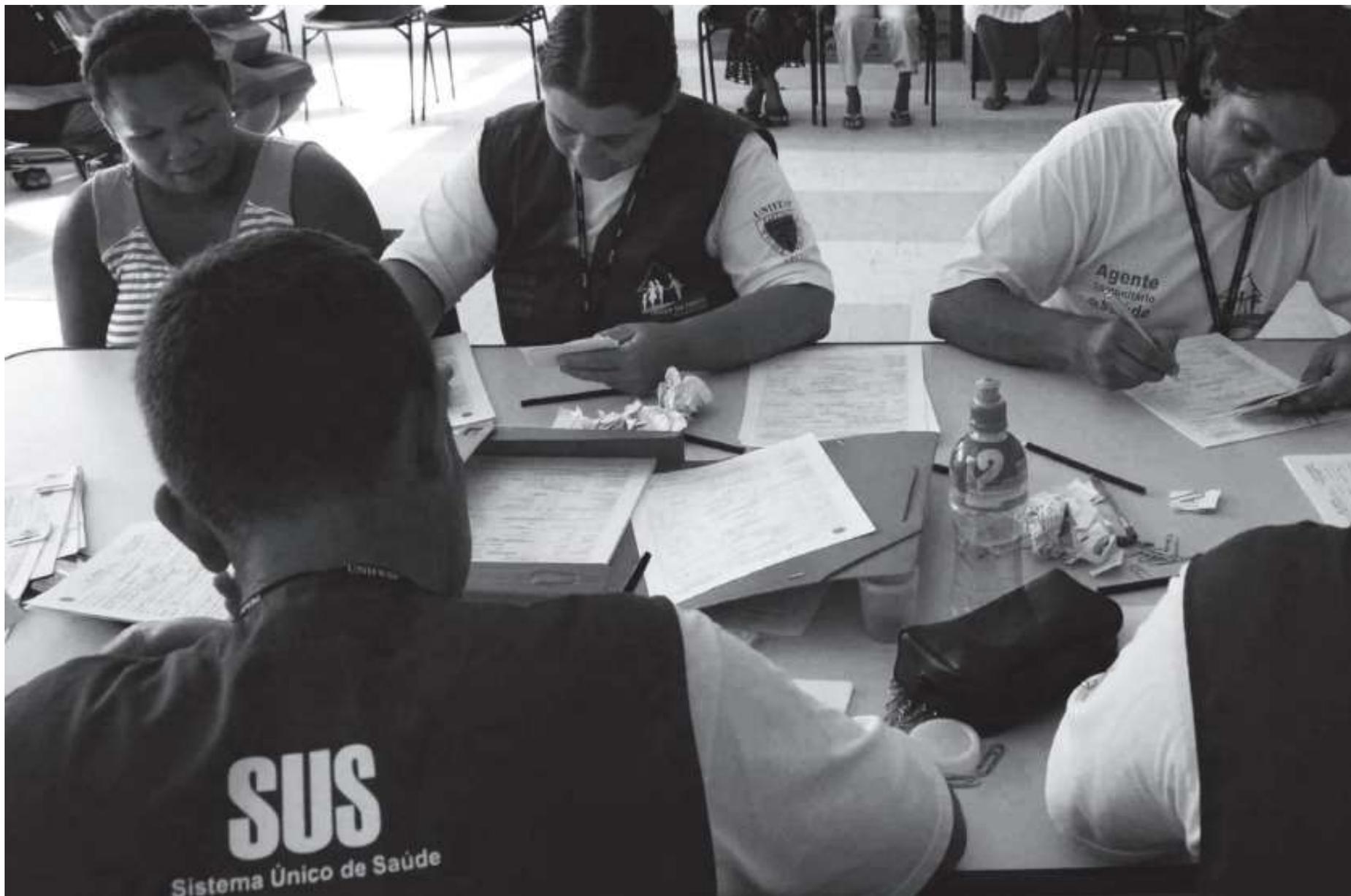
Aquino et al. Am J Public Health, 2009

. mortalidade cardiovascular

Rasella et al. BMJ, 2014

. internações por condições sensíveis à atenção primária

Macinko et al. Am J Public Health, 2011



Ministério da Saúde. SAS/DAB. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf



Ministério da Saúde. SAS/DAB. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf



Lino & Alcântara. Branco vivo. Ed. Elefante: São Paulo. 2017.

SUS 30 anos

“O SUS realmente existente, com todas as suas dificuldades e fragilidades, produziu conquistas e resultados significativos nessas três décadas. A sua institucionalidade pode ser realçada pelos seus gestores, pelo Ministério Público, conselhos de saúde e trabalhadores favorecendo a resistência contra o seu desmonte.”



309ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Brasília, 12 set 2018

O cenário

Financiamento em países selecionados (2015)

País	Saúde% PIB	Gasto gov % total saúde	Gasto privado % total saúde	Per capita total saúde (US\$ PPP)	Per capita gov. saúde (US\$ PPP)
Reino Unido	9.9	80.4	19.6	4144.6	3330.3
Canadá	10.4	73.5	26.5	4600.1	3383.4
Cuba	10.9	88.6	11.4	2478.8	2195.9
Brasil	8.9	42.8	56.5	1391.5	594.4

SUS atual: fragmentado – precária governança na lógica de redes de atenção integral e desmonte das Políticas Nacionais de Saúde

Exemplos:

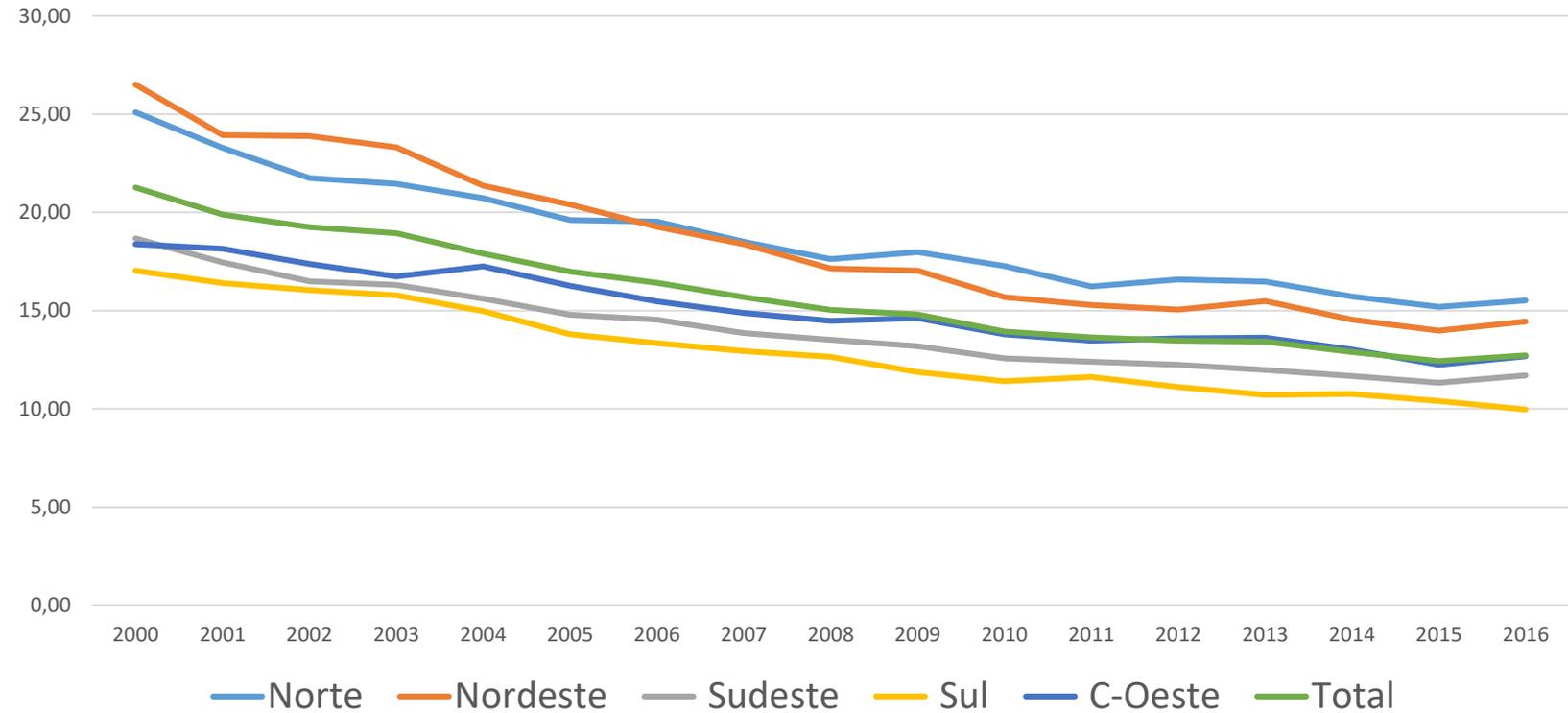
PNAB aprovada e publicada em 2006 e 2012:

- modificações aprovadas pela Comissão Intergestores

Tripartite (CIT): retrocesso deixando a cargo de cada município modelo e as estratégias de organização da atenção primária

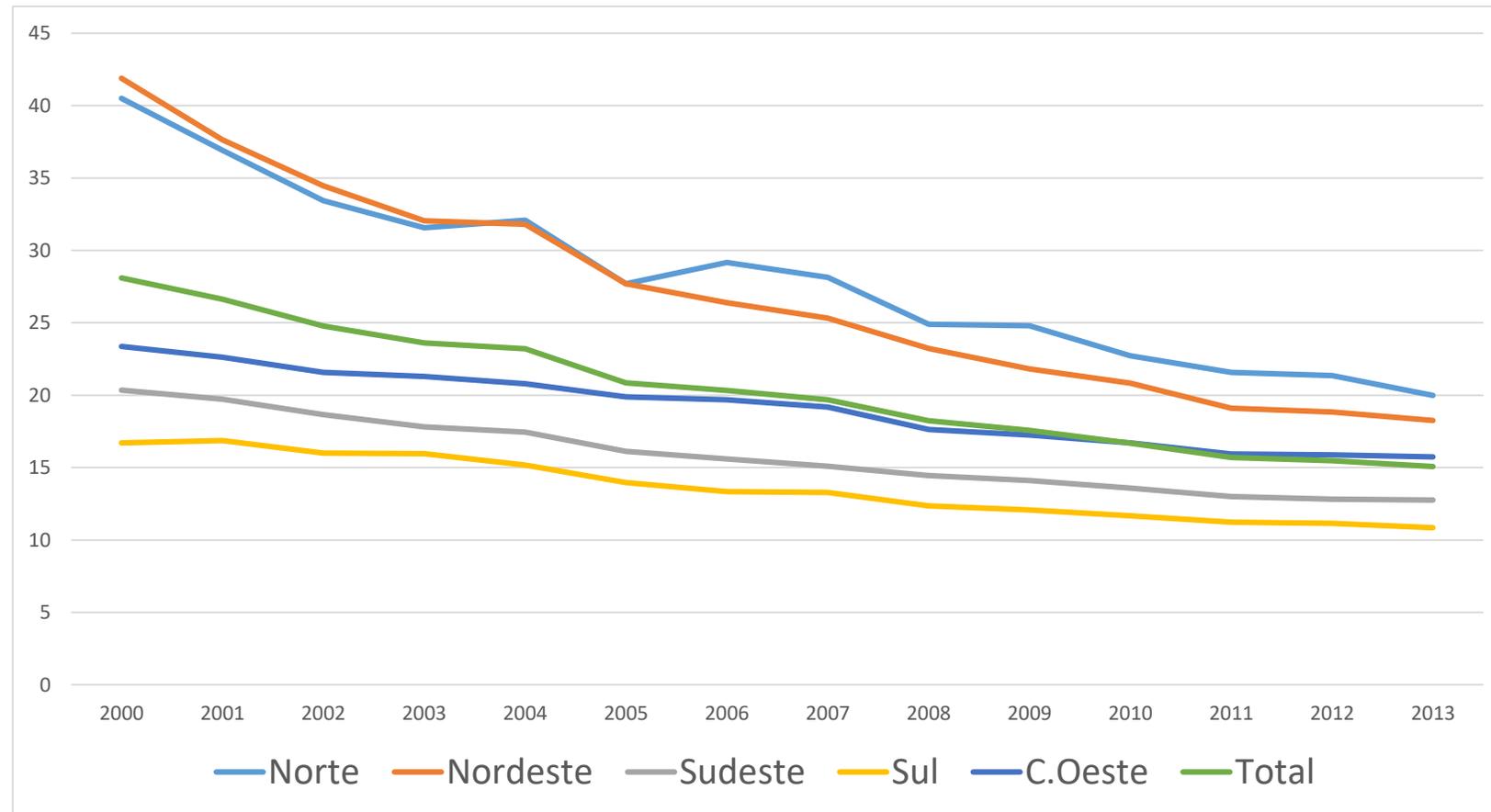
PNSM contrarreforma em 2017 pelo MS

Mortalidade infantil



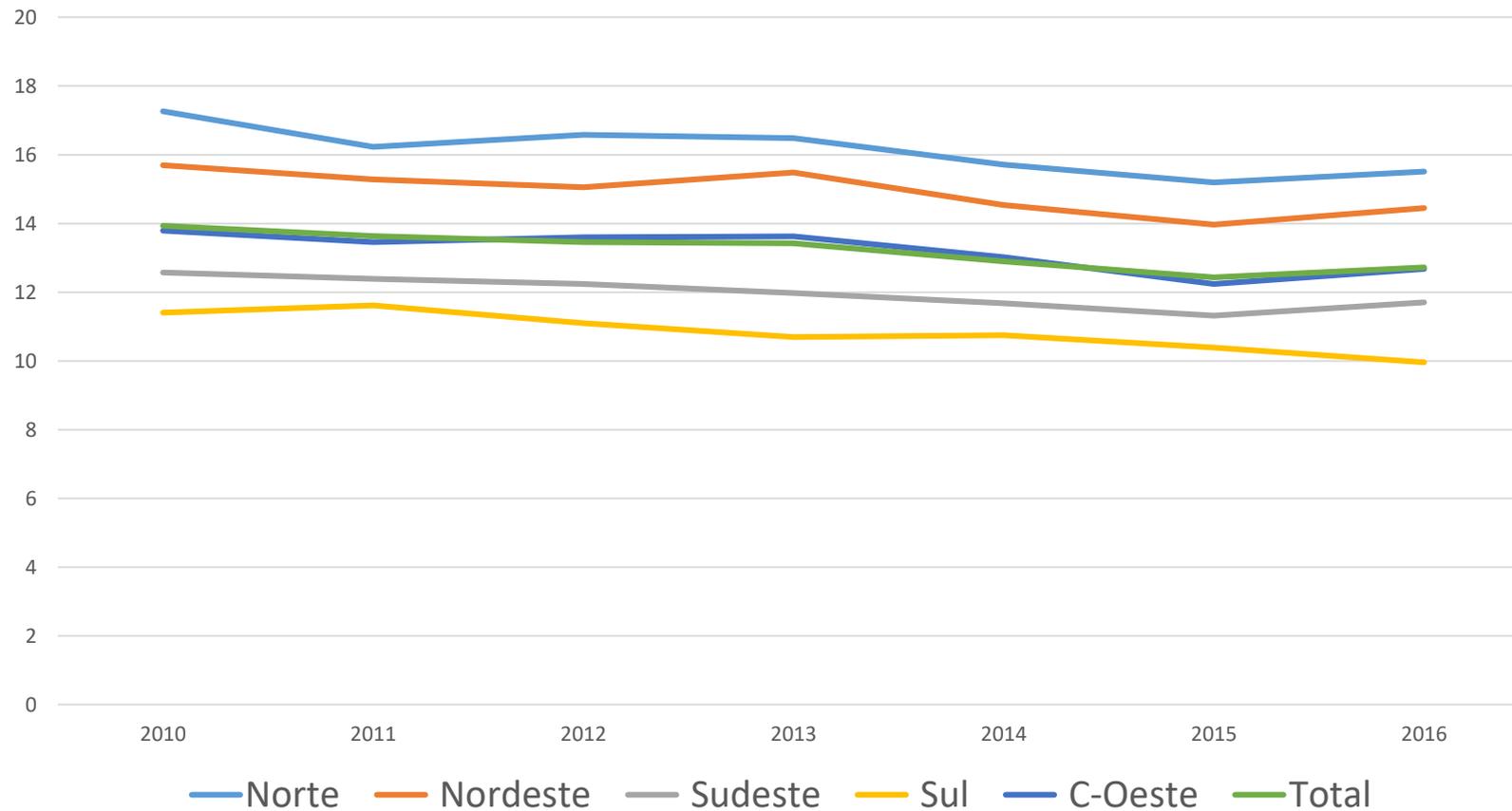
***por 1000 nascidos vivos**

Mortalidade infantil



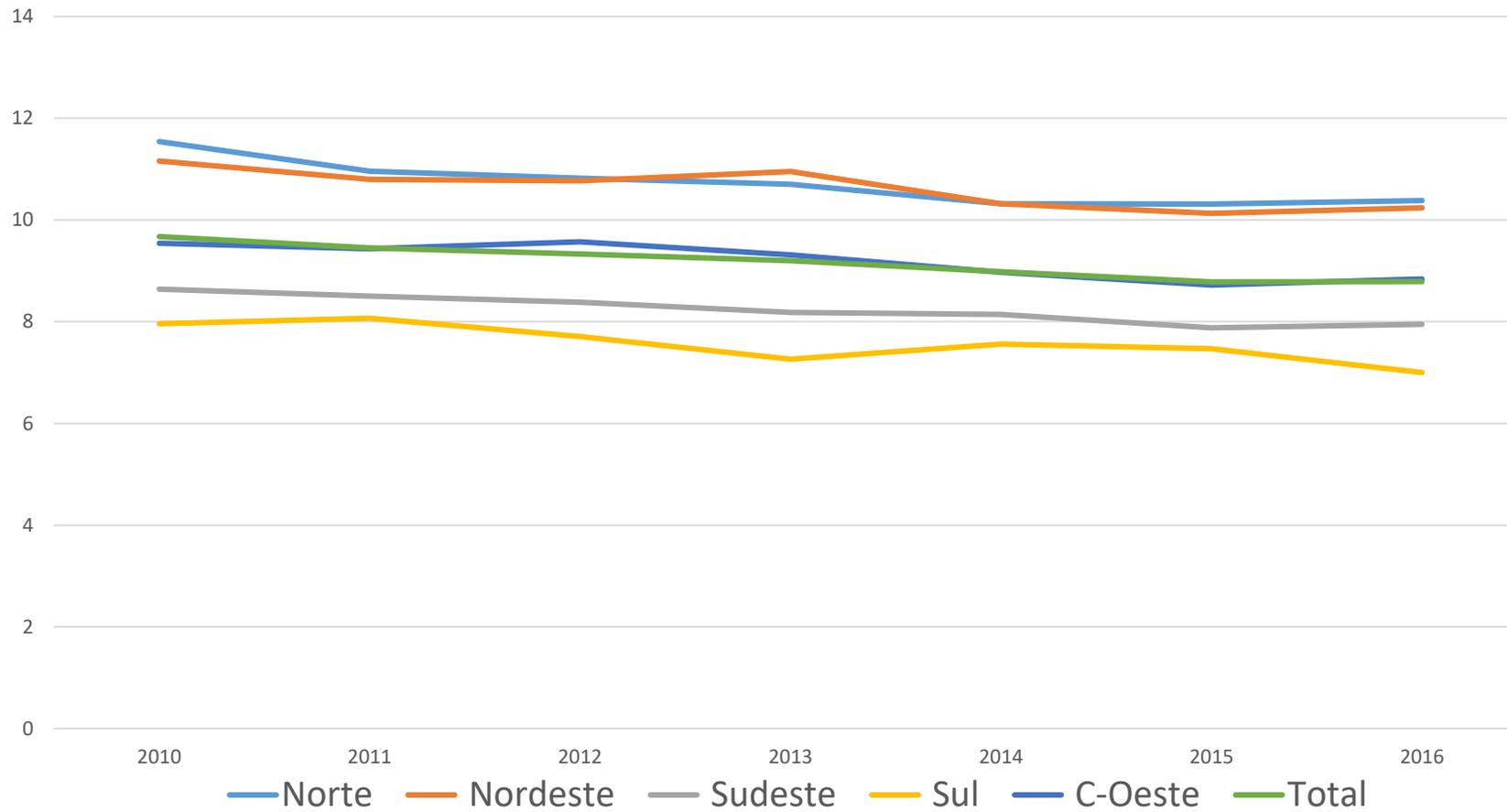
*por 1000 nascidos vivos, corrigida para subregistro de óbitos

Mortalidade infantil



*por 1000 nascidos vivos

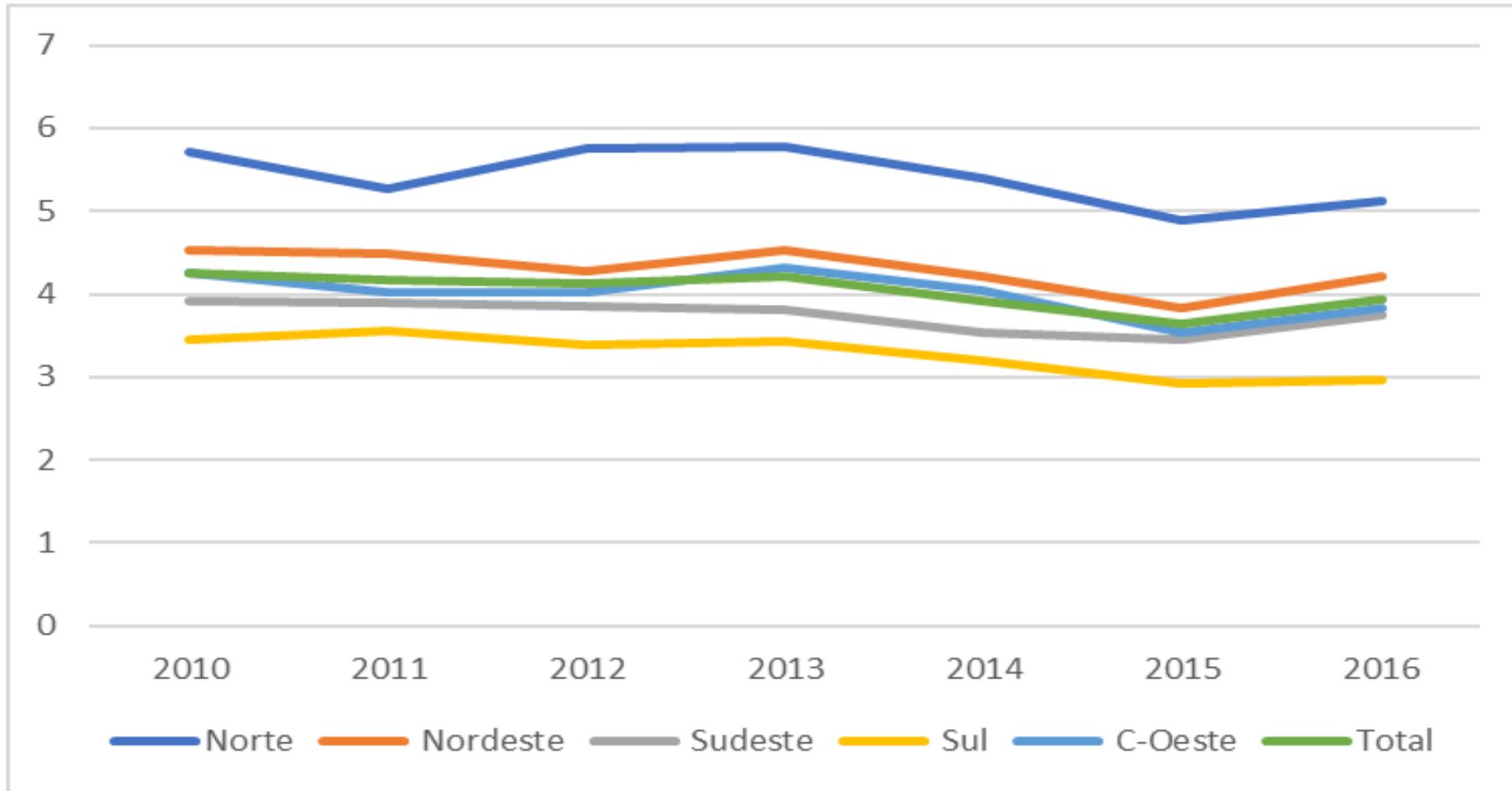
Mortalidade neonatal



*por 1000 nascidos vivos

Fonte: Ministério da Saúde, SIM, 2018

Mortalidade pós-neonatal



*por 1000 nascidos vivos

O debate atual sobre universalidade em saúde

Objetivo principal na proposta do **UHC**

“proteção financeira em saúde” para que todos possam acessar serviços de saúde sem dificuldades financeira ao reduzir os pagamentos diretos no ato da utilização e evitar gastos catastróficos

- . Financiamento por combinação de fundos (pooling)
- . Afiliação por modalidade de asseguroamento
- . Definição de cesta limitada

“visa reduzir o papel do Estado” -> regulador

UHS financiado por fundos públicos

- . Financiamento a partir da receita de impostos gerais e contribuições sociais
- . Garantia de cuidado integral (individual e coletivo) com coordenação entre serviços organizados em rede e orientados pela atenção primária em saúde

O debate atual sobre universalidade em saúde

Concepções atuais sobre **universalidade em saúde**

Sistema Universal (*universal health system-UHS*)

Cobertura universal em saúde (*universal health coverage-UHC*)

Universalidade na proposta de UHC

Em países europeus = cobertura pública de sistemas nacional

Em países em desenvolvimento = cobertura por serviços básicos ou por seguros de saúde públicos ou privados

Os desafios

A reconstrução da institucionalidade do SUS

- . Necessário prosseguir com a reforma do Estado e do modelo de gestão
- . Construção de desenho organizacional dentro da racionalidade da coisa pública (centrado nas necessidades de saúde que possa operar com autonomia em relação ao mercado, poder executivo e partidos políticos).
- . Sistema autárquico em cogestão entre federados, trabalhadores e usuários
- . Maior capacidade de fiscalização e participação efetiva na gestão, planejamento e avaliação
- . Ampliação da integração sistêmica do SUS: rever a dinâmica de centralização e descentralização (Políticas Nacionais de Saúde aprovadas pelos organismos de cogestão do SUS (Conferências, Conselhos e Comissões Tripartites)
- . Legislação que reduza os cargos de confiança ou de livre provimento

Eixos de luta para o enfrentamento dos desafios atuais

- 1. Por uma sociedade democrática, justa, respeitosa da diversidade, solidária e orientada pela igualdade.**
- 2. Pela defesa do direito constitucional à saúde e do Sistema Único de Saúde.**
- 3. Por uma política de ciência, tecnologia e inovação em saúde capaz de fazer avançar o conhecimento e responder às demandas do SUS e apoiar o desenvolvimento nacional.**
- 4. Por políticas educacionais socialmente referenciadas, capazes de fortalecer e expandir programas de formação em saúde politicamente responsáveis e comprometidos com a saúde da população brasileira.**
- 5. Pelo fortalecimento da ABRASCO, reafirmando seus valores históricos e seu perfil aberto, transparente e democrático.**

Eixos de luta para o enfrentamento dos desafios atuais

- 1. Por uma sociedade democrática, justa, respeitosa da diversidade, solidária e orientada pela igualdade.**
- 2. Pela defesa do direito constitucional à saúde e do Sistema Único de Saúde.**
- 3. Por uma política de ciência, tecnologia e inovação em saúde capaz de fazer avançar o conhecimento e responder às demandas do SUS e apoiar o desenvolvimento nacional.**
- 4. Por políticas educacionais socialmente referenciadas, capazes de fortalecer e expandir programas de formação em saúde politicamente responsáveis e comprometidos com a saúde da população brasileira.**
- 5. Pelo fortalecimento da ABRASCO, reafirmando seus valores históricos e seu perfil aberto, transparente e democrático.**

2. Pela defesa do direito constitucional à saúde e do Sistema Único de Saúde

- . Fortalecer a Saúde Coletiva como campo de saberes e práticas, promoção e cuidado com a saúde de todos/as os/as brasileiros/as**
- . Participar ativamente da formação de profissionais de saúde para atuar no cuidado à saúde da população, com ênfase na consolidação do SUS**
- . Fortalecer os canais legítimos de controle social dentro da estrutura do SUS, em particular o Conselho Nacional de Saúde.**
- . Promover uma política de pessoal adequada às necessidades da população e com valorização do profissional de saúde**
- . Estabelecer mecanismos de planejamento, integração e monitoramento das ações visando a qualificação do cuidado em saúde**
- . Ampliar e implementar ações de vigilância e promoção de saúde consistentes com um modelo de desenvolvimento mais justo, democrático, inclusivo e sustentável.**

2. Pela defesa do direito constitucional à saúde e do Sistema Único de Saúde

- . Estimular a construção de planos regionais para fortalecimento das redes de atenção integral, indicando as necessidades de expansão e qualificação da atenção em seus diversos níveis.**
- . Incentivar a discussão e proposição de novos desenhos e modelos para a gestão pública em saúde que enfatizem o que já foi conquistado, mas que evoluam no sentido de garantir melhores resultados das políticas e ações.**
- . Incentivar a discussão e a proposição de estratégias e mecanismos de regulação dos diversos segmentos do setor privado na saúde, no sentido de restringir o seu crescimento e subordinar a sua atuação às diretrizes do Sistema Único de Saúde e prioridades de saúde, de forma que a lógica mercantil não se sobreponha às necessidades e ao direito à saúde**
- . Estimular a ampliação da inclusão popular agregando novos modos de participação social e linguagens que misturem vozes e reafirmem os princípios de uma sociedade democrática e de direitos.**

3. Por uma política de ciência, tecnologia e inovação em saúde capaz de fazer avançar o conhecimento e responder às demandas do SUS e apoiar o desenvolvimento nacional

- . Articular as políticas econômicas; de ciência, tecnologia e inovação e de saúde em torno de um projeto nacional de desenvolvimento sustentável, inclusivo e soberano.
- . Lutar para que a pesquisa em saúde ocupe um lugar de destaque na política nacional de ciência e tecnologia, de acordo com a sua dimensão física e a sua importância estratégica para o desenvolvimento nacional e bem-estar da população.
- . Ampliar o papel dos órgãos gestores do SUS na organização e no fomento à pesquisa em saúde no país.
- . Fortalecer a articulação da ABRASCO com as entidades representativas do campo científico e tecnológico brasileiro, em especial a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e a Academia Brasileira de Ciências.

3. Por uma política de ciência, tecnologia e inovação em saúde capaz de fazer avançar o conhecimento e responder às demandas do SUS e apoiar o desenvolvimento nacional

- . Aperfeiçoar as políticas de desenvolvimento tecnológico e industrial com vistas ao atendimento das necessidades do SUS.
- . Fortalecer e aumentar a transparência das políticas de incorporação de tecnologias em saúde, em especial a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC).
- . Atuar em defesa da universidade pública e das demais instituições públicas de Ciência & Tecnologia, visando o reforço de seu papel estratégico na inovação e na geração de conhecimentos relevantes para a melhoria da situação de vida e de saúde da população brasileira.

4. Por políticas educacionais socialmente referenciadas, capazes de fortalecer e expandir programas de formação em saúde politicamente responsáveis e comprometidos com a saúde da população brasileira

. Fortalecer e apoiar programas de pós-graduação senso-lato, ampliando cobertura e promovendo sua articulação em redes interinstitucionais, com particular atenção aos modelos de formação integrados à prática dos serviços, requalificando e atualizando conceitos de residência específica e interprofissional.

. Ampliar, aprofundar e consolidar iniciativas em curso para articulação dos programas de Pós-graduação senso-estrito, reforçando a atuação do Fórum de Coordenadores da Saúde Coletiva e apoiando o trabalho do CA/SC na CAPES, bem como sua integração com comitês assessores de outras áreas/campos de formação.



Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil

Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil

 31 de agosto de 2018



Abrasco divulga nota alertando sobre a queda da cobertura vacinal no Brasil

 21 de agosto de 2018

A APS com a cobertura universal em saúde (UHC):

- . Restrição das possibilidades de garantia do direito humano à saúde, conforme definido em Alma Ata.
- . A cobertura de proteção financeira por meio de seguros privados ou públicos não garante acesso e resulta em diferenciação de cestas de serviços conforme renda.
- . Reatualiza a APS seletiva, com seus pacotes mínimos que perpetuam as desigualdades sociais, concepção antagônica à APS abrangente de Alma Ata.
- . A ênfase na cobertura por seguro e a indistinção entre cobertura e acesso (UHC da OMS e do Banco Mundial): questionada por países da América do Sul

Resolução CD 53/5 da OPAS:

ampliou a concepção de UHC (incorporando a garantia de acesso a serviços de saúde e mencionando direito à saúde, entendendo o acesso universal como capacidade de utilizar serviços de saúde integrais (ações populacionais e/ou individuais de promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação) adequados, oportunos e de qualidade conforme necessidades.

A OPAS passou a difundir “Saúde universal” para designar a estratégia a ser implementada na Região (OPAS, 2014).

*Fiocruz e Conselho Nacional de Saúde. **Posicionamento Brasileiro para a Global Conference on Primary Health Care, Astana, outubro de 2018***



Global Conference on Primary Health Care, Astana, outubro 2018

Abrasco assina Declaração Alternativa sobre Cuidados Primários de Saúde

“Nós, abaixo assinados, representando uma ampla gama de organizações da sociedade civil e movimentos sociais, convocamos a Conferência Global de Atenção Primária à Saúde para empreender uma ação nacional e global urgente e eficaz para desenvolver e implementar cuidados primários de saúde em todo o mundo e particularmente em baixa e média renda em um espírito de cooperação técnica e de acordo com uma ordem econômica sustentável e equitativa. Insta os governos, a OMS e outras organizações internacionais, bem como agências multilaterais e bilaterais, organizações não-governamentais, agências financiadoras, todos os profissionais de saúde e toda a comunidade mundial a apoiar o compromisso nacional e internacional com a atenção primária à saúde e canalizar mais recursos técnicos e financeiros, particularmente em países de baixa e média renda.”



Abrasco divulga nota sobre a saída dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil

Nota da Abrasco sobre a saída dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil

Em curto prazo (medidas imediatas)

- Negociar com o governo de Cuba, por intermédio da OPAS, um período de transição para a saída dos médicos, com o compromisso de respeito aos termos do Acordo de Cooperação Internacional atualmente vigente durante esse período de transição;
- Desencadear o processo de chamada pública de médicos para provimento de vagas que forem abertas em decorrência da saída dos médicos cubanos, sem interrupção do atendimento;
- Assegurar a continuidade das estratégias de formação e de supervisão no âmbito do PMMB;
- Assegurar as condições de financiamento, seleção, contratação, gestão de equipes e provisão de insumos adequadas à continuidade do PMMB, articulado à Estratégia Saúde da Família;
- Desencadear, em diálogo com as entidades de médicos e de demais categorias de profissionais de saúde, a elaboração de propostas de carreiras públicas com valorização, estabilidade e condições de trabalho adequadas no âmbito do SUS.

Nota da Abrasco sobre a saída dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil

Em médio prazo

- Implantar proposta de carreira pública para os profissionais de saúde que optarem pela dedicação ao SUS, incorporando a valorização de períodos de atuação em áreas de difícil acesso ou alta vulnerabilidade social;
- Adotar estratégias de desenvolvimento regional e territorial, nas áreas rural e urbana, que articulem políticas econômicas e sociais para promover a equidade no acesso e atenção à saúde de qualidade no SUS, com inclusão de populações mais vulneráveis e respeito às singularidades de grupos específicos (populações do campo, indígenas, quilombolas, ribeirinhos; populações em favelas e periferias urbanas);
- Assegurar a adequação da formação de médicos e demais profissionais às necessidades de saúde de todos os brasileiros, com destaque para a valorização da atenção primária à saúde;
- Assegurar a realização de pesquisas estratégicas voltadas para a compreensão da realidade sanitária brasileira e o desenvolvimento de tecnologias de promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a formação de recursos humanos em saúde, que forneçam subsídios para o fortalecimento do SUS e da garantia do direito à saúde.



SAÚDE INDÍGENA PERDERÁ 301 DE SEUS 372 MÉDICOS COM A SAÍDA DE CUBANOS



ABRASCÃO 2018, Rio de Janeiro, jul 2018

Obrigada!

abrasco@abrasco.org.br

