

CADERNOS

TEORIA e DEBATE



[SÉRIE RECONSTRUÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DO BRASIL]

# O FUTURO DA SAÚDE E DO SUS NA RECONSTRUÇÃO DO BRASIL



FUNDAÇÃO  
Perseu Abramo  
Partido dos Trabalhadores

# CADERNOS TEORIAeDEBATE

---

[SÉRIE RECONSTRUÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DO BRASIL]

## O FUTURO DA SAÚDE E DO SUS NA RECONSTRUÇÃO DO BRASIL

Núcleo de Acompanhamento de Políticas Públicas  
(NAPP Saúde)  
e  
Setorial Nacional de Saúde do Partido dos  
Trabalhadores (SNS-PT)

**Maio/2022**

Este *Caderno Teoria e Debate* faz parte da série *Reconstrução e Transformação do Brasil*: um conjunto de elaborações que tem como objetivo problematizar questões da sociedade contemporânea e propor políticas públicas para o Brasil, realizado no âmbito do Centro de Altos Estudos e dos Núcleos de Acompanhamento de Políticas Públicas (NAPPs). Esses cadernos constituem subsídios para o debate propositivo e de alternativas para o país e não têm caráter de resolução partidária, programa de governo, além disso não necessariamente expressam as opiniões da direção da Fundação Perseu Abramo. As opiniões expressas neste documento são de responsabilidade dos autores.

## EXPEDIENTE

### Fundação Perseu Abramo

Instituída pelo Diretório Nacional do Partido dos Trabalhadores em maio de 1996.

#### Diretoria

Presidente: Aloizio Mercadante

Vice-presidenta: Vívian Farias

Elen Coutinho, Jéssica Italoema, Alberto Cantalice, Artur Henrique, Carlos Henrique Árabe, Geraldo Magela, Jorge Bittar e Valter Pomar.

#### Conselho Curador

Dilma Rousseff (presidenta de honra), Fernando Haddad (presidente), Ana Maria de Carvalho, Ademar Arthur Chioro dos Reis, Arlete Avelar Sampaio, Azilton Ferreira Viana, Camila Vieira dos Santos, Celso Luiz Nunes Amorim, Dilson de Moura Peixoto Filho, Eleonora Menicucci, Eliane Aquino Custódio, Elisa Guaraná de Castro, Esther Bemerguy de Albuquerque, Everaldo de Oliveira Andrade, Fernando Damata Pimentel, Fernando Dantas Ferro, Francisco José Pinheiro, Iole Ilíada Lopes, José Roberto Paludo, Laís Wendel Abramo, Luiza Borges Dulci, Maria Isolda Dantas de Moura, Nabil Georges Bonduki, Nilma Lino Gomes, Paulo Gabriel Soledade Nacif, Penildon Silva Filho, Sandra Maria Sales Fagundes, Sergio Nobre, Tereza Helena Gabrielli Barreto Campello, Vladimir de Paula Brito.

**Equipe editorial:** Rose Spina, Rogério Chaves, Raquel Costa e David da Silva Jr.

**Editores e capa:** Camila Roma

**Revisão:** Angélica Ramacciotti e Claudia Andreoti.

#### Integrantes do Napp Saúde e da Secretaria Nacional de Saúde do PT responsáveis pela elaboração do texto:

Arthur Chioro, Eliane A. Cruz, Alexandre Padilha, Humberto Costa, Silvana Souza da Silva Pereira, Ana Paula Menezes, Edmundo Machado de Oliveira e Fernando Zasso Pigato

#### Centro de Altos Estudos (CAE)

Coordenador-executivo: William Nozaki

### Fundação Perseu Abramo

Rua Francisco Cruz, 234 - Vila Mariana 04117-091 São Paulo - SP

Fone: (11) 5571 4299 - [www.fpabramo.org.br](http://www.fpabramo.org.br)

# SUMÁRIO

<b>Apresentação.....</b>	<b>05</b>
<b>Principais avanços da saúde nos governos Lula e Dilma na saúde.....</b>	<b>07</b>
<b>Retrocessos nos governos de Temer e de Bolsonaro.....</b>	<b>14</b>
<b>O futuro da saúde e do SUS: diretrizes e recomendações.....</b>	<b>20</b>
1. Saúde é o direito de viver bem e com dignidade.....	22
2. Priorizar o enfrentamento da Covid e de suas sequelas.....	23
3. Preparar o Brasil para novas emergências sanitárias, fortalecendo a Vigilância em Saúde .....	24
4. Priorizar a atenção básica, a expansão e fortalecimento da Saúde da Família .....	26
5. Garantir o acesso à Rede de Atenção Especializada .....	28
6. Implantar a Reforma Psiquiátrica .....	30
7. Reconstruir a gestão pública do Ministério da Saúde e as relações interfederativas com estados e municípios .....	31
8. Valorizar o poder de compra pública do SUS e reconstruir a política para o Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) .....	33
9. Regulação pública do setor privado .....	35
10. Recuperar o protagonismo do Brasil na agenda sanitária internacional .....	36
11. A gestão do trabalho e educação na saúde .....	37
12. Financiamento do SUS .....	39
13. Participação popular e controle social .....	41

## Apresentação

O SUS é vida, é o bem comum do povo brasileiro. O SUS é a solidariedade entre as pessoas no grau mais essencial da ação do Estado. Pois o SUS acolhe, previne e cura. Por meio do SUS é que foi possível enfrentar a maior das tragédias sanitárias em um século. A pandemia da Covid-19 teria feito mais de 1 milhão de mortos no Brasil não fosse a ação dos profissionais e da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), em que pesem todos os ataques a que ele foi submetido.

O SUS é uma conquista civilizatória da sociedade brasileira, que desde 1988 tem buscado garantir o acesso universal e integral à saúde, a inclusão social e a promoção de equidade. O destino da saúde da população está diretamente relacionado aos rumos da própria democracia.

O presente artigo parte desta ideia central. Apresenta os principais avanços produzidos nas gestões do presidente Lula (2003–2010) e da presidenta Dilma (2011–2016) na área da saúde e faz uma análise crítica dos destinos da gestão da saúde após o golpe de 2016. Apresenta, ainda, um conjunto de contribuições para o futuro da saúde, com diretrizes e propostas que poderão compor o Programa de Governo de Lula – 2022. Contribui com as formulações que advirão de outras forças políticas e sociais, da academia, conselhos, gestores, trabalhadores, usuários e movimentos sociais, como a Frente pela Vida, organizados e comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária e a defesa do SUS.

Fundamenta-se em diversas referências e, em particular, nos debates que vêm sendo travados no âmbito do Núcleo de Acompanhamento de Políticas Públicas (NAPP Saúde), da Fundação Perseu Abramo (FPA), e do Setorial Nacional de Saúde do Partido

dos Trabalhadores (PT), do qual diversos membros do NAPP Saúde também fazem parte. Em especial, toma como referência e apresenta, em diversos trechos, de forma sintética ou livremente adaptada, o documento *Contribuições do Setorial Nacional de Saúde ao Programa de Governo das eleições de 2022*, produzido a partir de profícuo debate entre os militantes da saúde do PT.

A Constituição Federal de 1988 (CF) estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (art. 196). Que a vida é um bem comum a ser protegido com políticas públicas promotoras da autonomia, cidadania e dignidade, em ambientes sustentáveis, relações fraternas, solidárias e democráticas.

Entretanto, o SUS vem demonstrando vulnerabilidades crescentes desde o golpe de 2016. Diversas medidas visando o seu desmonte foram tomadas pelos governos Temer (MDB) e Bolsonaro (PL). Mas foi nas eleições de 2018 que, pela primeira vez, ousaram explicitar na pauta política o fim do SUS e de seus princípios basilares – universalidade, equidade, integralidade, controle social e gratuidade.

Desde sua posse, Jair Bolsonaro (PL) vem atuando explicitamente para enfraquecer o SUS. Ainda que a pandemia tenha deixado claro em todo o mundo, como nunca antes, o quanto sistemas universais de saúde são imprescindíveis, o governo Bolsonaro agiu deliberadamente para enfraquecer o SUS. Lidou com a pandemia da Covid-19 de forma criminosa. Não foi apenas negacionista, incompetente ou desastrado, sob condução de técnicos incapazes e ignorantes quanto à gestão do SUS. Expressou, na verdade, um modo de governar com uma concepção de mundo segundo a qual a vida é um mero detalhe sem valor, em que as pessoas são descartáveis. Uma visão autoritária, com o objetivo descarado de privatização da saúde pública.

A impiedosa contrarreforma que está em curso implica a desestruturação da gestão do Ministério da Saúde e a implementação de um federalismo de confrontação com os entes subnacionais, rompendo o pacto federativo. Desmontam a Política Nacional de Atenção Básica, os Núcleos de Atenção a Saúde da Família (NASF) e o Programa Mais Médicos. Afrontam a Reforma Psiquiátrica, institucionalizando o retorno de hospícios, eletrochoque e promovem outros graves retrocessos. Enfraquecem o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que sempre foi uma referência segura para a proteção e promoção da saúde. Esvaziam as políticas de Assistência Farmacêutica e as medidas voltadas para o fortalecimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS). Cresce, com isso, a dependência externa do país, resultando em graves crises de desabastecimento (EPIs, respiradores, oxigênio, dipirona, penicilina, medicamentos para intubação...), entre tantas outras medidas anti-SUS.

### **Principais avanços da saúde nos governos Lula e Dilma na saúde**

Os governos do PT assumiram a defesa da vida como um princípio ético-político civilizatório, buscando colocar em prática os princípios constitucionais do SUS. A população alcançou maior qualidade de vida por meio de políticas voltadas para a inclusão social. O aumento do acesso aos empregos formais, à educação e a programas de distribuição de renda, entre tantas políticas públicas, combinou-se ao enraizamento do SUS e permitiu que a população brasileira atingisse a maior expectativa de vida dos últimos anos.

Em 2002, a esperança de vida média do brasileiro era de 70 anos e 9 meses; em 2016, esse índice havia alcançado 75 anos e 9 meses. Houve, também, no mesmo período, uma importante redução da mortalidade infantil, de 26 para 13,3 óbitos de crianças

com menos de um ano por mil nascidos vivos, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Entre as principais diretrizes adotadas pelas gestões da saúde nos governos do PT, destacam-se:

- **Gestões democráticas e respeito às instâncias de deliberação e pactuação**

As políticas de saúde foram sempre submetidas às instâncias de deliberação e pactuação, pois a democratização da gestão e o fortalecimento das relações interfederativas foram tratadas como prioridades em nossos governos. Respeitamos o controle social e os gestores subnacionais que fazem parte da construção do SUS. Em 2006, garantimos eleições democráticas dos membros do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e de sua presidência, escolhido entre seus pares. Realizamos quatro Conferências Nacionais de Saúde (instância máxima de deliberação do SUS) e submetemos à discussão e aprovação do Conselho Nacional de Saúde as políticas formuladas a partir das diretrizes do Plano Nacional de Saúde.

A Comissão Intergestores Tripartite, espaço de pactuação entre gestores, foi sempre respeitada, a partir da perspectiva de um federalismo solidário e cooperativo.

- **Fortalecimento da Atenção Básica e o Programa Mais Médicos**

O ponto de partida para a organização da atenção integral à saúde foi a adoção de uma Política Nacional de Atenção Básica voltada para apoiar os municípios na expansão e qualificação da atenção primária à saúde. A Atenção Básica passou a assumir o papel de ordenadora e coordenadora principal dos cuidados prestados aos indivíduos e às coletividades, a partir dos territórios.



A estratégia Saúde da Família foi induzida e reforçada durante as gestões petistas para que pudesse reorientar o modelo assistencial, com incentivos e valorização de profissionais. Assim, com o complemento de outras medidas, houve a expansão da cobertura de 36% para 62%, de 2003 a 2016. Considerando, ainda, o fato de que alguns municípios mantêm o modelo tradicional, a cobertura atingiu 73% da população.

Além da ampliação das equipes, foram incluídas na Política Nacional de Atenção Básica o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a Saúde das Famílias Ribeirinhas e Fluviais, o Consultório na Rua, o Programa Saúde na Escola, a Academia da Saúde, e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foram desenvolvidas ações especiais para a Saúde Indígena, por meio da criação da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). Tais medidas visaram garantir atendimento a populações especiais, bem como contemplar as necessidades e características contidas na diversidade do Brasil.

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi criado em 2013 como uma forma de ampliar e qualificar a Atenção Básica. Eixos como formação profissional e estruturação foram planejados para um prazo mais longo, aliados ao provimento emergencial. Com isso, foram alocados 18.240 médicos que atendiam a população de 4.058 mil municípios, cobrindo 72,8% do total de municípios do país e os 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs), beneficiando mais de 63 milhões de brasileiros.

### ● **Brasil Sorridente: saúde bucal como política pública**

Para resgatar um débito histórico com a população e garantir a integralidade do cuidado, foi criado o inovador programa Brasil Sorridente, que ampliou em 571% a cobertura de assistência à saúde bucal. Até 2016, tinham sido implantados em todo o país 1.033 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Segundo dados do Ministério da Saúde, entre 2003 e 2009, essa política de saúde bucal evitou a extração de mais de 3 milhões de dentes da população usuária do SUS. Em média, foram 400 mil dentes conservados por ano.

### ● **Ampliação e qualificação da Assistência Farmacêutica**

Os governos do PT buscaram garantir o acesso e a qualidade dos medicamentos, pois além do direito à saúde, isso tem enorme impacto no orçamento das famílias. Foi, assim, ampliada a lista dos produtos básicos fornecidos e dos medicamentos estratégicos e especializados de alto custo.

Para garantir a implementação dessas diretrizes, foi criada em 2003, a Câmara de Regulação de Medicamentos (CMED), que regula o mercado, evita abusos econômicos e estimula a oferta. Além disso, a isenção de IPI e ICMS para medicamentos de alto custo e o reforço aos genéricos foram medidas fundamentais para ampliar o acesso da população.

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) foi concebido a partir de três modalidades: distribuição gratuita de um vasto elenco de medicamentos pelas farmácias das unidades próprias do SUS; subsídio do governo a um certo número de itens vendidos em farmácias particulares, por meio do “Aqui tem Farmácia Popular”; distribuição de medicamentos totalmente gratuitos para tratamento de algumas doenças crônicas em farmácias privadas, pelo “Saúde Não Tem Preço”.

### ● **Rede de atenção às urgências e emergências**

Foi também prioritária a organização de um sistema nacional de atendimento às urgências e emergências, sendo criados e financiados o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), a Força Nacional

de Saúde do SUS, além de implantada/implementada a Rede de Urgência e Emergência, cobrindo todas as regiões de saúde.

O SAMU e as UPAs, em particular, tornaram-se marcas das gestões de saúde do governo federal nesse período de 16 anos, sendo o primeiro um dos programas de saúde mais universais, pois atende toda a população, inclusive as pessoas que possuem planos privados de saúde.

Foram, ainda, distribuídas 3.354 ambulâncias e implantadas 185 centrais de regulação, em quase 3 mil municípios.

### ● **Saúde mental humanizada e em liberdade**

A política de saúde mental teve como princípio o cuidado em liberdade, de forma humanizada e buscando a ressocialização das pessoas com transtornos mentais, segundo os ditames da Lei 10.216/01. A desinstitucionalização foi a grande prioridade, com o objetivo de retirar as pessoas dos manicômios. Foi oferecida a estruturação de uma rede de atenção psicossocial substitutiva que desse conta das verdadeiras necessidades desses pacientes, tratando-os de forma digna e buscando reinseri-los nas suas famílias e na sociedade.

O Programa De Volta Pra Casa (Lei n. 10.708/03) instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial, de modo a ajudar os familiares a receberem seus parentes em casa ou a viverem com dignidade em Residências Terapêuticas, retirando-os dos manicômios em internações prolongadas e sem indicação clínica.

Foram implantados quase 2 mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além dos CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD), funcionando 24 horas. Articulou-se a RAPS com o SAMU e foram implantados 141 Consultórios de Rua, proporcionando um cuidado

para a população que vive em situação de rua, extremamente vulnerável aos transtornos psiquiátricos e uso abusivo de álcool e outras drogas. A internação, quando necessária, foi reorientada para leitos em hospitais gerais, deixando-se de financiar hospitais psiquiátricos que se orientam pela lógica manicomial.

### ● **Relação Público-Privada e fortalecimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde**

Para fortalecer o Complexo Econômico e Industrial da Saúde, como fator estruturante da saúde e da geração de renda e emprego, criamos um ambiente regulatório estruturado. Houve, assim, o fortalecimento das agências reguladoras da saúde – Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Agência Nacional de Saúde Suplementar –, garantindo-se transparência e agilidade em seus processos, além do fortalecimento dos seus quadros técnicos permanentes.

Foram criados o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com coordenação da ANVISA, como forma de unificar as ações de vigilância sanitária no país, evitando sobreposição ou falhas em ações realizadas por todos os entes federados. Além disso, os registros de medicamentos passaram por reformulação, tornando o processo mais ágil, transparente e republicano. A fiscalização e punição na comercialização de medicamentos falsificados tornou-se uma realidade.

Na Saúde Suplementar, o foco principal foi legalizar e dar equilíbrio econômico ao setor, organizando os registros definitivos das operadoras que atuavam na provisoriedade. Também foi priorizada uma regulação assistencial com regras voltadas para melhorar a qualidade da assistência à saúde, tirando do mercado aquelas operadoras que não cumprem regras mínimas no atendimento de seus beneficiários. Para cumprir a lei dos planos de saúde, garantiu-se que todas as empresas oferecessem com um mínimo

de procedimentos destinados a cobrir todas as doenças definidas no Código Internacional de Doenças. A regulamentação da portabilidade entre os planos deu ao beneficiário insatisfeito a troca de plano, ou a adoção de um outro caso o mesmo deixasse de existir. Foi, ainda, aprimorado o processo de ressarcimento das internações realizadas pelo SUS para usuários de planos de saúde.

Em 2011, a criação da Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica (CONITEC) permitiu maior organização, transparência e agilidade nas incorporações tecnológicas na saúde brasileira.

Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) foram as estratégias adotadas para garantir a produção nacional de tecnologias necessárias à saúde, tendo como motor o poder de compra pública feita pelo Estado. Permitiu-se, com isso, o acesso a medicamentos de alto custo ou a medicamentos para tratamento de doenças negligenciadas, com a consequente diminuição de custos de aquisição e transferência tecnológica para os laboratórios públicos.

## Retrocessos nos governos de Temer e de Bolsonaro

A versão oficial que sustentou o golpe parlamentar de 2016 estabeleceu uma relação causal falaciosa entre a crise econômica e os gastos públicos, desprezando os problemas reais referentes à arrecadação. Essa narrativa foi utilizada para justificar a “necessidade” de promulgação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que conferiu status constitucional à contenção de verbas para saúde e educação por 20 anos. Criou-se, com isso, uma falsa oposição entre o direito universal à saúde e o gasto público em saúde, considerado dispendioso e incompatível com as capacidades fiscais do país, além de portador de uma gestão ineficiente. Criou-se, assim, uma demanda por agentes aptos a financiar demandas de saúde de modo “eficiente”, supostamente sem onerar em excesso os contribuintes. Na verdade, o ajuste fiscal propugnado levou à revisão do princípio da universalidade e das relações público-privadas no âmbito da política de saúde. O SUS passa a ser identificado como excesso de gastos do Estado, questionando, com a EC 95, o princípio finalístico da universalidade.

Estabeleceram um novo padrão fiscal caracterizado por restrições ao SUS e ampliação das emendas parlamentares individuais e de bancada no orçamento da União, como se representativas fossem das necessidades reais da população. Diminuíram os recursos programáticos do SUS geridos por agentes estaduais e municipais e abriram espaço para gastos de natureza clientelista.

Observa-se, de maneira subliminar, a cristalização de uma nova forma de financiar o SUS. A parte dos recursos sujeita às pactuações intergestores para atender as prioridades do Plano Nacional de Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, fica congelada e passa a ser ajustada apenas pela inflação oficial do IPCA, que é muito inferior à inflação observada no setor de

saúde. Consolida-se, assim, o quadro de grave desfinanciamento do SUS.

O Novo Regime Fiscal determina a redução de despesas primárias, especialmente as discricionárias, e força um ajuste fiscal independente do comportamento da arrecadação. Retirou, com isso, 36,9 bilhões de reais do orçamento federal em ações e serviços públicos de saúde entre 2018 e 2022 (quando comparado à regra até então vigente, ou seja, a EC 86), conforme mostra a tabela.

**Tabela 1 – Perdas do orçamento ASPS em função da EC 95 – R\$**

Ano	Despesa ASPS sem MPs de créditos extraordinários para COVID (A)	EC 86 - 15% da RCL (B)	Perdas com a EC 95 (B – A)
2018	116.820.887.299	120.802.260.520	3.981.373.221
2019	122.269.917.718	135.848.788.439	13.578.870.721
2020	118.812.279.123	97.791.489.905	- 21.020.789.219
2021	131.713.511.353	159.377.857.166	27.664.345.814
2022	146.666.689.315	159.384.000.000	12.717.310.685
<b>Total</b>	<b>636.283.284.808</b>	<b>673.204.396.030</b>	<b>36.921.111.222</b>

Fonte: Siop, LOA e STN. Entre 2018 e 2021, empenho. Para 2022, LOA inicial. Não considera MPs com despesas Covid, que não são contabilizadas no limite da EC 95.

Os valores federais aplicados em saúde também foram reduzidos como proporção da Receita Corrente Líquida e em termos reais per capita. Se os valores aplicados em saúde se mantiverem em torno do piso congelado pela EC 95, estima-se que a despesa federal com saúde por pessoa idosa deva cair, em termos reais, pela metade, entre 2017 e 2036.

Com a suspensão das regras fiscais, foi autorizado, em 2020, gasto extraordinário e vinculado à pandemia de cerca de 600 bilhões de reais, desmistificando a ideia de país quebrado. Não há falta de recursos para investir em saúde pública, mas limites artificiais impostos pelas regras de gasto.

Para o SUS, a suspensão das regras fiscais viabilizou em 2020 a ampliação de 42,7 bilhões de reais em relação aos valores originalmente aprovados na Lei Orçamentária Anual (LOA). Em 2021, esse valor foi da ordem de 40 bilhões de reais.

A ampliação da dívida pública é um fenômeno mundial, mesmo assim os países estão realizando programas de estímulos fiscais para combater a pandemia e seus efeitos econômicos e sociais. Adotam regras fiscais flexíveis e ajustáveis ao ciclo econômico (especialmente, resultados fiscais estruturais e regras de gasto que não congelam a despesa), permitindo ampliação dos gastos e déficits públicos para estimular a economia em momentos de crise, financiar investimentos e serviços públicos. Indicadores fiscais estruturais da União Europeia, por exemplo, não levaram em conta os custos do envelhecimento populacional e a redução da arrecadação em razão da crise.

O Brasil está na contramão do resto do mundo, com arcabouço fiscal rígido e regras fiscais sobrepostas, implicando redução de serviços públicos de forma acíclica (teto) e diminuição de gastos em momentos de crise (regras pró-cíclicas: meta de resultado primário e regra de ouro). Até organizações como o FMI têm defendido um regime fiscal mais flexível, de modo a não agravar a instabilidade econômica.

O arcabouço fiscal restritivo no Brasil tem impactos ainda maiores, pois retira recursos de um sistema de saúde estruturalmente subfinanciado. Considerado todo o gasto público de saúde em



2019, o SUS custou 3,79 reais per capita/dia para viabilizar acesso universal a vacinas, transplantes, medicamentos de alto custo, entre outros. No Brasil, o gasto público representa menos da metade dos gastos totais do setor, isto é, computados também os gastos privados. No Reino Unido, por exemplo, este indicador gira em torno de 80%.

Não há país com regra de congelamento de despesa que implique queda do gasto real per capita, conforme previsto na EC 95. Os países adotam regra de gasto com possibilidade de algum crescimento real da despesa (em geral, limitado a um percentual fixo ou ao crescimento do PIB) e, muitas vezes, com cláusula de escape se houver crescimento da receita.

Avigência da EC 95/2016 representa uma fase de desfinanciamento continuado ao SUS, colocando em risco as atribuições do Sistema de Saúde para os desafios do futuro, como a organização para atuação em pandemias e em pós-pandemias (sequelas), bem como para o enfrentamento das mudanças no cenário demográfico, social e epidemiológico.

No contexto da pandemia, foram as articulações entre governadores e prefeitos, com experiências como a do Consórcio dos Estados do Nordeste, que buscaram dar equilíbrio a um pacto pela saúde, em momento de gravíssima crise pela falta de liderança nacional e de coordenação, tecnicamente aceitável, da situação sanitária do país.

O sucateamento dos serviços de saúde, atualmente, é profundo e tem como pressuposto a adesão dos governos – Temer e Bolsonaro – à proposta de “cobertura universal”, um conceito contrário ao “acesso universal”, por nós defendido e que encarna o espírito e a letra da Constituição de 1988. Nesta proposta de origem neoliberal, o setor público deveria realizar apenas os serviços que caibam em um orçamento reduzido, conforme definido pelos

governos, ou seja, um Estado Mínimo, como aqueles vigentes na maioria dos sistemas de saúde do mundo.

O governo Bolsonaro, desde a gestão de Luiz Henrique Mandetta, atuou para precarizar a Atenção Básica, desfinanciando os NASF e acabando com o Programa Mais Médicos. Foram dispensados 8 mil médicos cubanos que atendiam no âmbito do Mais Médicos. O impacto foi imediato nas regiões mais pobres. De 2018 a 2019, houve um aumento de 12% na quantidade de óbitos de crianças indígenas (530 mortes a mais). Estima-se que a saída dos cubanos tenha privado a população de 2,8 milhões de consultas médicas por mês.

O desmonte da PNAB se iniciou com Michel Temer (MDB) e prosseguiu com Jair Bolsonaro (PL). A nova Política Nacional de Atenção Básica, aprovada em 2017 durante o governo Temer e mantida até hoje, suprimiu o número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipes de saúde da família. Mais, houve nos dois primeiros anos do governo Bolsonaro uma redução da cobertura da ESF, que caiu de 64,1% (dez./18) para 63,5% (dez./20). Para efeito de comparação, houve no segundo governo Lula uma expansão de 5 pontos percentuais na cobertura da ESF.

Desde 2016, o Brasil Sorridente vem sendo sucateado pela falta de financiamento, perda de prioridade e reduções em implantações de Centro de Especialidades Odontológicas, Laboratórios de Prótese, Equipes de Saúde da Família, cobertura da fluoretação de água do abastecimento público. Além disso, deixou de ser uma Política e voltou a ser considerado um Programa.

Como agravante do caos sanitário vigente, as alterações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, foram agudizadas, em 2019, com o Programa Previne Brasil e a criação da Agência Nacional de Desenvolvimento da Atenção Primária (Adaps). Esse

é o novo marco para execução do Programa Médicos pelo Brasil, retirando recursos e autonomia dos entes federados, visto que nas suas competências figuram as condições para firmar contratos, convênios e acordos com órgãos e entidades públicas e privadas. Interfere, assim, diretamente no comando único do SUS pelos municípios e acelera os processos de privatização dos serviços de saúde do SUS.

Um dos retrocessos mais graves é o desmonte da Política de Saúde Mental, com a volta dos manicômios. O Ministério da Saúde de Bolsonaro alterou as diretrizes de políticas nacionais de saúde mental e de drogas, passando a incentivar a internação em hospitais psiquiátricos (inclusive de crianças e adolescentes), a criminalização dos usuários de drogas e as comunidades terapêuticas e até o uso de eletrochoques.

Ademais, os órgãos de Vigilância em Saúde do país passam, atualmente, pelos mais severos ataques, que vão desde o impedimento da realização das próprias ações, como as de estudo e análise da situação sanitária do país, até a atuação na definição e implantação de protocolos de ação, além do impedimento à realização de campanhas publicitárias de combate à pandemia, dentre outros. A liberação desenfreada de agrotóxicos, a maioria banidos em outros países, é um exemplo cabal de como a “motoniveladora” também está sendo utilizada freneticamente na área da saúde. Fatos marcantes são os ataques ao banco de dados do DataSUS: panes diversas e a absurda contratação da migração da estrutura de armazenamento de dados desse Departamento do Ministério da Saúde para o serviço de nuvem da multinacional Amazon Web Service.

Observa-se um enfraquecimento das Agências Reguladoras vinculadas à saúde, ANS e ANVISA, que possuíam em sua diretoria quadros vinculados à saúde, em especial à saúde pública.

Desde o golpe de 2016, isso foi sendo reduzido, ao ponto de não haver na diretoria da ANS nenhum profissional da área de saúde, e desta ter ficado com apenas um diretor sabatinado pelo Senado e sem vinculação mais direta com a saúde pública. A pauta regulatória da saúde suplementar passou a ser assombrada por temas de interesse do mercado predatório, prejudiciais aos beneficiários, por reduzirem direitos, e até mesmo aos setores do próprio mercado que cumprem os requisitos necessários para atuar no setor. Tome-se como exemplos as propostas de planos acessíveis, CONSU, Open Health, entre outras.

Diversos exemplos também ocorreram durante a pandemia com a ANVISA, trazendo um ambiente errático, que desautoriza e desacredita as ações do órgão sanitário. Há de se reconhecer que essa agência teve um papel importante para que a COVID-19 não fosse uma tragédia ainda maior, e isso se deve, certamente, ao histórico da ANVISA e à capacidade técnica de seus servidores, cuja estruturação da carreira deve ser atribuída aos governos petistas.

É essa lógica de política de saúde, privatista e excludente dos governos Temer e Bolsonaro, pautada pela orientação neoliberal que se manifesta ainda em muitos outros exemplos que poderiam aqui ser destacados. Ela culminou com a tragédia sanitária que resultou em milhões de infectados e mais de 660 mil mortes pela COVID-19.

## O futuro da saúde e do SUS: diretrizes e recomendações

A tarefa de reconstruir a gestão do Ministério da Saúde e retomar a implementação do SUS em toda sua radicalidade, que se impõe ao novo governo do presidente Lula a partir de janeiro de 2023, será incomparavelmente mais difícil do que a tivemos em 2003, quando assumimos o governo federal pela primeira vez.

A comparação entre as ações e resultados obtidos pelas diferentes gestões que se sucederam na esfera federal desde a redemocratização demonstra, cabalmente, que governos não são todos iguais. Um governo liderado pelo PT faz muita diferença e este fato aumenta consideravelmente a responsabilidade de todos aqueles que estiverem comprometidos com esse resgate histórico.

É uma oportunidade histórica que se abre para que possamos defender e resgatar tudo que fizemos e que, em parte, foi destruído ao longo deste período, mas sobretudo a de nos desafiar a ir além, já que a saúde será uma prioridade do governo do presidente Lula.

A organização do SUS é essencial para as ações de saúde individual e coletiva. Ao longo deste período, em que convivemos com os trágicos números resultantes da infecção pelo SARS-CoV-2 e pelas mortes pela COVID-19, o SUS se mostrou essencial; priorizar esse sistema é o caminho fundamental para garantir saúde à população brasileira.

Que agendas precisam ser consideradas nessa perspectiva de reconstruir e avançar para garantir o direito à saúde? Sem a pretensão de dar conta de todas as prioridades, que serão objeto de detalhadas discussões ao longo do ano, seja no debate eleitoral, com a formulação do Programa de Governo que será definido em parceria com as distintas forças políticas que se aglutinam em torno da candidatura do presidente Lula, ou no processo de realização da Conferência Popular, Livre e Soberana de Saúde, promovida por centenas de entidades da sociedade brasileira e lideradas pela Frente pela Vida, inclusive com apoio formal do PT e da Fundação Perseu Abramo (FPA), cabe aqui destacar as seguintes diretrizes:

## 1. Saúde é o direito de viver bem e com dignidade

Para ter saúde como um bem comum, é preciso radicalizar a disputa pelo Estado Democrático de Direito e a defesa do SUS, afinal sem democracia não há saúde, assim como sem saúde não há democracia e nem desenvolvimento. É preciso garantir que a população tenha condições dignas de vida, com moradia, segurança alimentar, saneamento básico, renda, emprego, previdência, lazer, educação, segurança pública e cultura de paz. Isso só será possível mediante a adoção de políticas públicas, econômicas e sociais de caráter intersetorial, que enfrentem a desigualdade social estrutural que assola o país, promova a inclusão social e preserve o meio ambiente. É imperativo enfrentar a violência contra negros, pobres, mulheres, crianças e LGBTQIA+, povos indígenas e trabalhadores rurais e desarmar a população, pacificar o trânsito e combater os acidentes de trabalho, que impactam fortemente o SUS e tornam-se causas de mortes evitáveis.

Moradia digna, alimentação saudável e segura, saneamento básico e proteção das matas e florestas e das condições urbanas são fundamentais para o controle de doenças que assolam as populações urbana e rural.

Será preciso reorganizar a rede de atenção à saúde em um processo de revolução sanitária, transversal e conectado às demais políticas públicas de combate às vulnerabilidades sociais advindas do desemprego, da fome, das péssimas condições de moradia, da violência instalada, dos preconceitos e da desigualdade social.

A organização do SUS, por meio de sua concepção de cuidado integral, deu voz e vez às ações de enfrentamento da desigualdade estrutural, da luta antimanicomial, da luta feminista, da luta antirracista, das lutas pelo anticapacitismo e das lutas em prol da saúde da população LGBTQIA+. É indispensável para acolher e

reduzir as vulnerabilidades que atingem esses públicos: mulheres, negros, indígenas, pessoas em situação de rua, população privada de liberdade, residentes em vilas e favelas, idosos e pessoas com deficiência, populações do campo, das florestas e das águas. É importante a participação de todos esses segmentos na construção de políticas de saúde que mitiguem a desigualdade estrutural e consolide o SUS para todos e todas, com base em cuidado, autonomia e representação social desses grupos.

Cabe o desafio de ordenar e organizar a rede de atenção em saúde a partir do olhar e das necessidades das mulheres, que são as mais presentes no SUS. São grandes demandantes dos serviços públicos para exames preventivos, pré-natal e planejamento familiar sob a égide dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Requerem atenção ao climatério e estão na linha de frente para a vacinação de seus filhos e netos, acompanhamento de pessoas de suas famílias e o socorro quando em situações de violências vividas em seus lares e comunidades.

Um amplo debate nacional deve politizar a sociedade, partidos políticos, trabalhadores e movimentos sociais sobre a importância de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença e estabelecer um pacto que garanta a saúde como direito social e universal. Afinal, o modelo de desenvolvimento reflete o padrão de saúde-doença da sociedade e expressa o país que queremos.

## **2. Priorizar o enfrentamento da Covid e de suas sequelas**

A Covid-19 não acabou e a possibilidade de novas variantes deve ser considerada. Em conjunto com estados e municípios, vamos adotar as medidas sanitárias necessárias, apoiadas em evidências científicas e sintonizadas com as orientações da Organização Mundial de Saúde/ Organização Pan-Americana de Saúde (OMS/ OPAS), para monitorar, intervir e controlar a doença. Será necessária

uma ampla mobilização nacional para garantir cobertura vacinal superior a 95% e oferecer, se necessário, vacinas atualizadas contra potenciais variantes. Diferentemente de tudo que foi feito até aqui, será estabelecida uma política de educação, comunicação e informação segura e transparente, combatendo as *fake news*.

Amparar milhões de brasileiros que sofrem os efeitos crônicos da COVID-19, muitos dos quais ainda não são estudados pela ciência, será também uma prioridade. Os serviços de saúde do SUS devem ser organizados para que se realizem ações de vigilância, assistência e pesquisa, em parceria com as universidades e centros de referência especializados.

Será necessário reforçar, preparar e manter vigilantes as equipes dos serviços de saúde mais acionados durante a pandemia que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), UPAs e hospitais, garantindo a retaguarda necessária para pronta ativação de leitos de enfermagem e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.

A COVID-19 ampliou significativamente os transtornos mentais, suicídios e o uso abusivo de álcool e outras drogas em todas as faixas etárias, exigindo a adoção de medidas em rede que amparem aqueles pacientes e familiares que experimentam essa carga de sofrimento, numa vida já marcada por perdas e projetos existenciais esfacelados.

Especial atenção será dada à demanda reprimida ao longo de dois anos de pandemia, que resultou no agravamento das condições de saúde dos que ficaram “descuidados”. Em particular, serão empreendidos esforços para proteger e cuidar das populações vulneráveis, que sofreram desigualmente.

### **3. Preparar o Brasil para novas emergências sanitárias, fortalecendo a Vigilância em Saúde**



O país precisa estar preparado para o surgimento de novas Emergências Sanitárias de Saúde Pública de Interesse Internacional, para que não se repitam os graves erros observados no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Para tanto, serão reforçadas as ações de Vigilância em Saúde, integrando a ação dos entes federativos sob coordenação do Ministério da Saúde.

Será criada a Rede Nacional de Controle de Doenças e Emergências Sanitárias, sob coordenação do Ministério da Saúde, envolvendo as demais esferas de governo, universidades e institutos de pesquisa, com a responsabilidade de coordenar, de forma integrada, as respostas às emergências sanitárias. O objetivo é apoiar os gestores do SUS na produção de respostas orientadas pela ciência, monitorar doenças emergentes e reemergentes, coordenar o monitoramento genômico, monitorar vírus e outros bioagentes emergentes, realizar estudos de metagenômica (doenças novas) e resistência bacteriana, entre outras responsabilidades técnicas.

É mister que as desigualdades regionais e as distintas realidades institucionais dos municípios sejam tratadas a partir do princípio da equidade, de forma que as diferenças que demarcam a vida da população de todo o território nacional sejam acolhidas.

A articulação intersetorial nos territórios, apoiada pelas gestões nas três esferas de governo, deve qualificar a Vigilância em Saúde em articulação com a Atenção Básica. Assim, a Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e a Saúde do Trabalhador poderão executar com potência: a) estudos e monitoramento da situação de saúde da população e demais ações de vigilância epidemiológica; b) segurança e qualidade sanitária da prestação de serviços nos estabelecimentos de interesse da saúde, bem como da comercialização, distribuição e fabricação de produtos

de interesse da saúde; c) segurança sanitária de ambientes e processos de trabalho; d) controle das intoxicações humanas de distintas origens; e, e) promoção de alianças do Setor Saúde com outros agentes públicos para fiscalizar com rigor os agentes da predação ambiental.

A priorização nacional da estruturação do campo de saber e de atuação da vigilância é fundamental para o planejamento público do SUS, mostrando-se decisiva para a garantia da atenção integral à saúde em um país continental como o Brasil.

Em destaque, é urgente a retomada do vigoroso Plano Nacional de Imunização (PNI) que tantas vidas salvou e que pode, ainda, salvar outras tantas, se caminharmos, de forma urgente, com a reorganização do PNI, controlando doenças evitáveis e suas consequências.

#### **4. Priorizar a atenção básica, a expansão e fortalecimento da Saúde da Família**

A atenção básica será priorizada e a Estratégia Saúde da Família expandida e garantida, calcada em composição multiprofissional que amplie a cobertura populacional e passe a contar com maior resolutividade e apoio dos NASF e da Rede de Atenção Especializada e de cuidados intermediários. A partir das UBS, os usuários devem poder acessar, de forma ágil, os serviços de média e alta complexidade, exames, dispositivos de telessaúde e telemedicina, Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e tudo o que for essencial aos cuidados em saúde e socioassistenciais.

O atendimento aos usuários do SUS nos territórios de saúde, deve garantir o acesso a partir de local de moradia destes e, também, de seus locais de trabalho, organizando os horários de atendimento na rede de Atenção Básica em horários ampliados

Programas como o Previnde Brasil retiram recursos e autonomia dos entes federados. Temos o compromisso de instituir uma política de financiamento para a atenção básica pactuada com estados e municípios e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que considere as diferenças regionais e as necessidades de cada município. A modalidade de repasse de recursos implantada pelo governo Bolsonaro penaliza injustamente as populações dos municípios que mais precisam de apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde. Retomaremos o Piso Assistencial Básico (PAB-FIXO), de forma a corrigir as diferenças regionais, e o PAB-VARIÁVEL como indutor do incentivo e melhor desempenho das equipes. Trata-se de retomar e qualificar o modelo anterior dos governos petistas.

Os esforços no futuro governo Lula serão dedicados a ampliar e qualificar a atenção básica e o cuidado multiprofissional, retomando com prioridade os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que o governo Bolsonaro tentou acabar. Serão priorizadas a integração das ações de vigilância com as de assistência à saúde, e o desenvolvimento de intervenções intersetoriais, incentivando a realização de ações de promoção à saúde integradas com esporte, lazer, cultura, educação e inclusão social que garantam o cuidado em rede e o enfrentamento das iniquidades que assolam nossa população. Atenção especial será dada à população idosa, para que possamos enfrentar o desafio do envelhecimento com qualidade de vida.

O Ministério da Saúde prestará apoio aos municípios para implantação e qualificação da ESF e expansão do cuidado domiciliar. Retomará os fundamentos do Programa Mais Médicos, com prioridade para a melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, inclusive da conectividade, que é fundamental para informatização de todo o sistema; provimento de médicos e outros profissionais; formação dos profissionais de saúde voltados

para as necessidades do SUS e expansão de vagas, visando a universalização da residência médica e multiprofissional.

O Programa Brasil Sorridente será retomado com a prioridade que marcou as nossas gestões anteriores, porque saúde bucal é uma ação fundamental, direito de todos, além de ser uma das áreas mais afetadas pela pandemia.

A Assistência Farmacêutica é uma política essencial na Atenção Básica, e deve ser priorizada como sequência da integralidade do cuidado em saúde. Seu princípio fundamental é a ampliação qualificada da atenção farmacêutica e seu pilar estruturante, a mudança de paradigma. O Programa Farmácia Popular deve ser revigorado e ampliado para a rede pública, de modo a transformar os serviços farmacêuticos em efetivos estabelecimentos de saúde, possibilitando à sociedade informações sobre seu direito de acesso qualificado a medicamentos pelo SUS.

Será necessário avançar na implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e de Laboratórios/Farmácias Públicas destinados à produção de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.

## **5. Garantir o acesso à Rede de Atenção Especializada**

A pandemia de Covid resultou no represamento de cuidados em saúde, agravando uma situação que já era um dos mais graves problemas do SUS: os gargalos no acesso da população à atenção ambulatorial especializada – consultas, exames, procedimentos e cirurgias eletivas.

A repressão de demanda nessa área resulta em filas desumanas, retardamento ou perda da oportunidade de diagnóstico, piora das condições clínicas e enorme insatisfação da população, em particular dos idosos e pessoas com problemas de saúde crônicos.

Será necessária uma mudança substantiva no modelo de atenção à saúde do SUS, com prioridade para o aumento da capacidade resolutiva da Atenção Básica. O caminho é o Programa Mais Especialidades, com centros de especialidades, com consultas e exames de média complexidade, além das unidades de urgência, hospitalares e de reabilitação, de acordo com as necessidades das pessoas e do país, acompanhado de pactos e de orientação regionalizada em redes assistenciais, deve ser nosso caminho.

Em parceria com estados e municípios, será constituída, em cada região de saúde, a Rede de Atenção Especializada, formada a partir de centros, ambulatoriais, hospitais e demais serviços especializados existentes, e por aqueles que serão implantados (unidades fixas e móveis) onde houver vazios assistenciais.

Os hospitais de pequeno porte (HPP) serão reestruturados em unidades de cuidados intermediários para que façam atenção ao parto, internações de curta duração, cuidados paliativos e para retaguarda hospitalar, e possam se constituir também em referência ambulatorial especializada, redefinindo e valorizando seu papel no SUS.

A Rede de Atenção Especializada será totalmente informatizada e atuará sob regulação pública e uso intensivo de telessaúde, de forma integrada com a atenção básica e outros serviços do SUS. O mundo digital faz parte do cotidiano da humanidade e é imperioso aperfeiçoar as informações em saúde. O Cartão SUS é ferramenta para acelerar o processo de informatização dos serviços de saúde com uso de tecnologias que devem ser impulsionados, considerando instrumentos conhecidos e que podem facilitar o acesso da população a cuidados, à distância, como telessaúde, emissão de marcação de consultas, consultas virtuais e emissão de laudos de exames *online*. Isso exige, por óbvio, o que ficou explícito no período da pandemia, que é universalizar o acesso à internet. A informatização e, sobretudo,

a informação aí gerada, e as epidemiológicas clássicas devem se colocar como ferramentas para gestão, por meio da identificação dos Determinantes Sociais da Saúde, do mapeamento de riscos à saúde e, como consequência, das assertivas ações de vigilância e melhor cuidado em saúde. Esse conjunto de ações contribuirá para modificar a realidade sanitária, além de otimizar os mecanismos regulatórios dos serviços complementares e suplementares que convivem com o SUS.

Será implantado um sistema regional de transporte de pacientes integrado e inteligente (regulado) para a locomoção adequada e segura dos pacientes aos serviços regionais especializados. Investiremos na implantação de dispositivos de compartilhamento do cuidado, expansão do matriciamento, teleconsulta, apoio vivo nos territórios, entre outros, como agenda prioritária na construção de linhas de cuidado que ajudem a vencer a fragmentação e descontinuidade do cuidado em saúde.

O cuidado será oferecido por meio de equipes multiprofissionais qualificadas e resolutivas. Com agilidade e eficiência, visarão superar as filas e a demanda reprimida por consultas, exames, cirurgias e procedimentos especializados.

## **6. Implantar a Reforma Psiquiátrica**

Não admitiremos que o Ministério da Saúde financie, induza ou conviva com práticas de cunho manicomial, como as implementadas desde o golpe de 2016. Tanto a *Política Nacional de Saúde Mental*, assim como a de *Prevenção e Controle ao Uso Abusivo de Álcool e outras Drogas* serão orientadas para que o cuidado ofertado seja fundamentado nos princípios de liberdade e respeito aos direitos humanos.

A Rede de Atenção Psicossocial do SUS não financiará eletrochoque

e leitos em hospícios e Comunidades Terapêuticas, que oferecem serviços em antagonismo a esses princípios. Dará prioridade à constituição de uma vasta rede de serviços de base comunitária, a partir dos cuidados à saúde mental na Atenção Básica.

A rede de Centros de Atenção Psicossocial é o fio condutor de sustentação da rede substitutiva de serviços para cuidados em saúde mental, aos usuários de drogas e a seus familiares, dentro dos compromissos da Reforma Psiquiátrica. Investiremos para que funcionem 24 horas por dia, se necessário, com suporte de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, inclusive os de pequeno porte.

A ressocialização dos usuários crônicos da saúde mental será retomada por meio das Residências Terapêuticas e o Programa De Volta pra Casa.

## **7. Reconstruir a gestão pública do Ministério da Saúde e as relações interfederativas com estados e municípios**

Reestruturar a gestão administrativa do Ministério da Saúde será uma prioridade para retomar a capacidade de gestão da saúde em âmbito nacional, destruída no governo Bolsonaro.

Para além de uma reforma da estrutura administrativa do órgão, que enfrente a desorganização e fragmentação reinante, será necessário recompor o quadro técnico, valorizar os servidores de carreira e escolher criteriosamente novos dirigentes para cargos de livre-provimento, tecnicamente competentes e com experiência na gestão do SUS. Trata-se de recompor o quadro de direção do Ministério da Saúde, ora ocupado por indicados políticos sem qualquer experiência prévia ou capacidade técnica.

A reconstrução da “unidade” do SUS deve ser uma prioridade. Sem isso, não haverá pacto interfederativo, que assegure que o SUS

alcance a almejada qualidade e eficiência no funcionamento da sua rede nacional de ações e serviços, com a gestão do sistema a partir da articulação entre as três esferas de governo. A fratura na coordenação nacional do sistema foi uma marca do governo Bolsonaro, que apostou no federalismo de confrontação. Vamos reforçar os processos de efetiva descentralização do SUS e, assim, superar o federalismo de confronto, que desarticulou as autoridades sanitárias do SUS, essenciais para a gestão única e compartilhada pelas três esferas de governo com participação e controle social.

São compromissos inadiáveis valorizar a relação com as entidades representativas dos secretários estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS) de saúde, bem como a Comissão Intergestores Tripartite como espaço de pactuação de compromissos e gestão interfederativa solidária.

Na reconstrução do Pacto Federativo, é primordial avançar no processo de regionalização da atenção à saúde, fortalecendo o papel do ente estadual na gestão da rede de atenção, assegurando o acesso da população aos cuidados de média e alta complexidade e fortalecendo os mecanismos de coordenação do cuidado. Superar a fragmentação da rede de atenção à saúde é um grande desafio federativo.

As modalidades de gestão que foram sendo impostas ao SUS, sob a batuta da Lei de Responsabilidade Fiscal, obrigam-nos a produzir alternativas para redefinir a posição da saúde nos arcabouços da Constituição Federal e da Lei de Responsabilidade Sanitária. Deve ser aberto um debate na sociedade sobre uma contrarreforma administrativa da gestão do SUS, considerando, ainda, que a mesma não se sustenta no Decreto-Lei nº 200, de 1967.



O governo federal se empenhará para o aperfeiçoamento da gestão pública direta, visando dotar o país de modalidades mais compatíveis com as necessidades organizacionais e a complexidade do SUS do que as já existentes. Implementadas sob a égide da lógica neoliberal, há graves limites para assegurar os princípios do SUS, que se tornaram presas para a privatização e apropriação dos recursos públicos. Para enfrentar esse hibridismo público-privado de interesses, será preciso investir cada vez mais em serviços públicos, sob gestão pública, com a construção de uma alternativa pública às Organizações Sociais de Saúde que proliferaram na gestão do SUS e a revisão das diversas formas de subsídios e renúncias fiscais aos empresários da saúde.

## **8. Valorizar o poder de compra pública do SUS e reconstruir a política para o Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS)**

A pandemia demonstrou que o SUS tem diversas fortalezas, mas também aguçou algumas fragilidades, entre as quais a falta de uma política econômica e industrial que permita o suprimento tempestivo de equipamentos de saúde, como respiradores, ou de produtos como máscaras, equipamentos de proteção individual (EPI), medicamentos e vacinas. Jamais deve voltar a acontecer a situação em que a população ficou desassistida e o Brasil relegado às filas internacionais de compras de produtos essenciais. A capacidade produtiva e a regulação da cadeia de produtos e estrutura para a saúde afetam diretamente a soberania do país.

É essencial que a saúde seja reconhecida como parte integrante dos processos de desenvolvimento econômico e social, e o quanto pode proporcionar geração de emprego, renda e promover a soberania e a autonomia do país. O fortalecimento dos complexos produtivo, industrial e de inovação na saúde visa a redução da dependência de importação de produtos e tecnologias, sobretudo daqueles que são essenciais à vida e à autossuficiência da produção nacional.

O SUS tem um potencial enorme de regulação e estímulo ao crescimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) e do sistema de ciência, tecnologia e inovação em saúde, por meio da utilização do poder de compra pública, fator que vem sendo ignorado ou utilizado com outros interesses. Mas é preciso estimular o desenvolvimento e o fortalecimento do CEIS, reduzindo gradativamente a dependência do mercado internacional em produtos de saúde estratégicos. Por isso, em um novo governo Lula, vamos recriar o Departamento de Gestão do Complexo Industrial e Produtivo da Saúde e o Grupo Executivo do Complexo Econômico Industrial da Saúde. Sob coordenação do Ministério da Saúde, e com a participação de representantes do setor produtivo e dos gestores do SUS, vamos desenvolver a Política Nacional de Desenvolvimento de Tecnologias e de Inovação em Saúde, uma Política de Estado que assegure investimentos públicos suficientes para indução, incentivo e consolidação da pesquisa, desenvolvimento e inovação para a produção de insumos farmacêuticos ativos, medicamentos, imunobiológicos e outros produtos e serviços estratégicos para a saúde.

Um novo governo Lula deve concentrar seus esforços, ainda, em:

- a elaboração de estratégia de regionalização da produção do setor saúde com outros países do hemisfério sul, ampliação e fortalecimento das cooperações multilaterais entre as agências reguladoras sanitárias e constituição de comitês regulatórios plurinacionais e regionais;
- a construção de uma política de incentivo ao desenvolvimento e à produção de medicamentos para doenças negligenciadas e para o desenvolvimento de tecnologias relacionadas à biodiversidade brasileira e aos saberes tradicionais;
- a reestruturação e fortalecimento das Parcerias para o

Desenvolvimento Produtivo (PDP), recriando o Departamento de Gestão do Complexo Industrial e Produtivo da Saúde. As PDPs serão retomadas de forma transparente e com arcabouço legal que traga segurança para o processo, estabelecendo planos plurianuais de fortalecimento do CEIS alinhados aos Planos Plurianuais de Saúde, discutidos no âmbito do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS) e do Conselho Nacional de Saúde;

– a discussão para revisão imediata da Lei nº 14.313/2022, que permitiu incorporar novas tecnologias e medicamentos sem autorização prévia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

– o fortalecimento da rede de laboratórios oficiais, tornando-os atores estratégicos na ampliação do acesso aos medicamentos e também na pesquisa;

– investimentos em pesquisa (básica e clínica), envolvendo e valorizando nossas Universidades e Institutos Tecnológicos e de Pesquisa;

Vamos, ainda, ampliar a regulamentação da cadeia produtiva dos produtos para a saúde, para evitar custos desnecessários, lucros exorbitantes, bem como evitar vazios assistenciais no país, retomando as recomendações do Grupo de Trabalho das órteses e próteses.

## **9. Regulação pública do setor privado**

Um compromisso essencial do governo Lula deverá ser o de exercer a regulação pública sobre o setor privado, tanto para garantir o direito à saúde dos brasileiros que utilizam o mercado de saúde suplementar como para a proteção sanitária das atividades que afetam a vida, a saúde, os ambientes de trabalho e o meio ambiente.

Vamos garantir a rotatividade das indicações dos diretores da

ANVISA e da ANS, conforme a lei das agências, e garantir que o Congresso, em especial o Senado, tenha um acompanhamento mais direto das ações das agências e da atuação dos Diretores que são indicados por essa casa legislativa.

Promoveremos um amplo e responsável debate sobre a lei dos planos de saúde, com a participação dos envolvidos, a partir do interesse público. Um tema que será objeto de regulamentação, nessa perspectiva, é relativo aos novos formatos existentes na saúde suplementar, como a verticalização da rede.

Nos posicionamos, desde já sobre a não implantação do Open Health ou qualquer processo que permita compartilhamento de informações sensíveis de pacientes, para fins mercadológicos, planos acessíveis, desregulamentação da rastreabilidade de medicamentos ou a redução do papel das Agências.

## **10. Recuperar o protagonismo do Brasil na agenda sanitária internacional**

O Brasil precisa recuperar o papel de liderança regional na área da saúde, seja no âmbito do Mercosul, da União das Nações Sul-americanas (UNASUL), dos BRICS, da OPAS e da OMS.

Ao longo dos governos do PT, o Ministério da Saúde teve papel decisivo na defesa da adoção de sistemas universais de saúde e na ampliação de novas formas de cooperação (sul-sul). Hoje, o país foi completamente alijado desse marco e se tornou um pária internacional.

Retomar o protagonismo do país é urgente na agenda sanitária global. O Brasil pode (e deve) ajudar a vacinar o mundo, inclusive para garantir que todos os países de baixa renda tenham acesso imediato às vacinas contra a COVID, sem os quais não teremos a almejada segurança sanitária, com riscos de surgimento de novas variantes.

## 11. A gestão do trabalho e educação na saúde

As políticas de gestão do trabalho e educação na saúde devem atender ao modelo de atenção à saúde, inclusivo e resolutivo, permitindo que trabalhadoras e os trabalhadores se sintam parte e construtores do SUS.

O pouco reconhecimento do atual governo às trabalhadoras e aos trabalhadores de saúde que salvaram vidas na pandemia de SARS-CoV-2 não foi suficiente para que fossem efetivadas políticas protetivas ao trabalho em saúde; pelo contrário, as relações de trabalho seguem precarizadas e se aprofundam nessa direção.

A partir da descentralização e da gestão única do SUS, a maior parte da força de trabalho do sistema está concentrada nas esferas municipal e estadual. Outra parte expressiva está nos serviços privados e filantrópicos de saúde. É preciso aumentar a quantidade de trabalhadoras e trabalhadores e prover as melhores condições para o desenvolvimento de seu trabalho. Para isso, torna-se necessário reduzir as jornadas de trabalho e aumentar salários, combinadamente com a implementação de carreira pública única do SUS, com vínculos estáveis para que os profissionais tenham condições de assistir à população com tempo, tranquilidade e qualidade e participando dos processos de formação e educação permanente.

Outra medida imprescindível é a negociação sindical e a reforma trabalhista. Implantada no governo Lula, a Mesa Nacional de Negociação do SUS produziu protocolos de carreira e de proteção ao trabalhador que são resultados de construção coletiva. O direito à negociação sindical deve compor, definitivamente, o arcabouço legal dos direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores do setor público. O fim da precarização do trabalho em saúde deve ser priorizado pelo Poder Executivo nas pactuações tripartites e no Parlamento brasileiro.

O trabalho decente na saúde só será alcançado com regras e diretrizes únicas, jornadas de trabalho, pisos salariais, concursos públicos, progressão e outros. Trata-se de obter normas pactuadas entre os entes federados, que sejam ferramentas adequadas para a desprecarização do trabalho em direção à Carreira Única do SUS, qualificando a atenção à saúde nas três esferas de gestão, dando uniformidade à estruturação nacional da força de trabalho em saúde.

Será fundamental, ainda, qualificar a gestão do trabalho e a saúde da trabalhadora e do trabalhador do SUS, incorporando o dimensionamento e o planejamento para qualificar a força de trabalho necessária, garantir as condições estruturais dos locais de trabalho e a fiscalização regular dos ambientes de trabalho, assim como de gerências profissionalizadas e democratizadas.

Investiremos na formação e educação permanente, reestruturando e incrementando os programas que já criamos em nossos governos anteriores, como forma de reduzir as iniquidades regionais e instrumentalizar as instituições de ensino, diminuindo sobremaneira o distanciamento dessas instituições dos serviços de saúde e dos espaços de vivência da realidade social.

Atuaremos pela regulação da abertura de cursos da saúde que considere atender às iniquidades de distribuição e provimento de trabalhadoras e trabalhadores de saúde no território brasileiro. Retomaremos a Política Nacional de Humanização à Atenção e Gestão do SUS, com importantes dispositivos de valorização do trabalho em saúde no SUS, democratizando e desenvolvendo metodologias participativas, que estimulem o protagonismo, a autonomia, a corresponsabilidade e a reflexão por parte de usuários, gestores e trabalhadores, promovam a superação de situações de violência no espaço da assistência à saúde e impulsionem as políticas de atenção integral à saúde do trabalhador e da trabalhadora do SUS.

A ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde é função do SUS, do Ministério da Saúde. Ela será realizada em sintonia com a necessidade de qualificação das redes de atenção à saúde e gestão do sistema.

## 12. Financiamento do SUS

O volume de recursos gastos em saúde no Brasil é elevado e representou 9,6% do PIB em 2019. Porém, apenas 3,9% correspondem ao gasto das três esferas de governo (federal, estadual, municipal); 5,4% do PIB foram gastos privados em saúde. Ou seja, a participação pública não passa de 40% de todo o gasto da sociedade brasileira com a assistência à saúde. A pandemia mostrou que é falso o discurso sobre endividamento do Estado como impeditivo ao investimento em políticas públicas, bem como não se justifica a adoção de medidas que as inviabilizem.

Para reverter esse quadro e colocar em prática as medidas aqui indicadas e garantir a saúde como um direito da população, é preciso urgentemente aumentar o investimento no SUS, revertendo o atual estágio de desfinanciamento da saúde. Urge estabelecer um planejamento de longo prazo nas três esferas de governo para, gradativamente, reduzir o acesso do setor privado aos respectivos fundos públicos, inclusive à renúncia de receitas, e ampliar a capacidade da arrecadação tributária, especialmente aquela vinculada ao Orçamento da Seguridade Social.

Nesse sentido, é urgente revogar a Emenda Constitucional nº 95, que estabeleceu o teto de despesas por 20 anos, congelado nos níveis de 2017, substituindo-a por outra regra de controle das contas públicas que não retire a capacidade de financiamento do Estado brasileiro e permita a realização de investimentos estratégicos ao crescimento econômico com inclusão social e sustentabilidade fiscal. O aumento de recursos públicos deve

retomar o Fundo Social do Pré-Sal, que destinou recursos à saúde e à educação. Além disso, é imprescindível revisar as regras fiscais, ampliando a incidência sobre renda, patrimônio e riqueza financeira com respeito à capacidade de pagamento dos contribuintes e revisando tanto a taxaço sobre produço e consumo como os gastos tributários (renúncia de receita), ambos regressivos e que afetam o orçamento do SUS. Será imprescindível construir alternativas para superar os limites fiscais constantes na Lei de Responsabilidade Fiscal, prejudiciais à luta pela construção do SUS e valorização dos seus trabalhadores e trabalhadoras.

Devemos adotar uma nova regra de mínimo federal para a saúde, menos dependente do ciclo econômico, baseada, por exemplo, no gasto per capita compatível com as necessidades do sistema. Debateremos com a sociedade e o Congresso Nacional a taxaço de impostos sobre produtos maléfcos à saúde.

Outro desafio será o de mudar a atual lógica de financiamento, em que o Estado remunera serviços por procedimentos médicos, o que gera profundas distorçoões e estimula a privatizaço, substituindo-a por um modelo em que seja priorizado o atendimento de objetivos a serem definidos de acordo com o perfil socioepidemiológico e as reais necessidades de saúde da populaço, em cada local, região ou município.

Nosso desafio será o de, responsável e paulatinamente, refundar o Estado em um cenário de aumento do financiamento para a saúde rumo a um SUS universal e sob a gestáo pública.

### **13. Participaço popular e controle social**

A participaço popular e o controle social são construçoões essenciais para sustentar o modelo de atençaço à saúde inclusivo, e demarcam o modo petista de governar, qualificando as relaçoões entre a sociedade e os poderes Executivo e Legislativo.



No SUS, as instâncias de controle social instituídas – conselhos gestores, os conselhos municipais, estaduais e nacional de Saúde e conferências de saúde – possibilitam a participação popular na formulação, fiscalização e deliberação das políticas públicas de saúde, favorecendo a defesa e a manutenção do SUS.

Valorizaremos e respeitaremos a autonomia do Conselho Nacional de Saúde, que em conjunto com vários conselhos estaduais e municipais, teve importante papel na defesa do SUS e na denúncia dos desmandos das gestões autoritárias e negacionistas.

Nesse contexto, destinar os recursos financeiros, previstos na Lei nº 141/2012, para fortalecer esses espaços de participação social por meio da formação e educação permanente de conselheiros, representantes de movimentos/entidades sociais e militantes do SUS, à luz da educação popular, é o caminho para que essas lideranças e a população se engajem de forma ativa e permanente nos processos decisórios da vida social.

Apoiaremos a realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde e, tomando em conta suas deliberações, aprovaremos o novo Plano Nacional de Saúde, que será o instrumento norteador das ações do Ministério da Saúde e das propostas da saúde para o Plano Plurianual 2023–2026.

Será necessário investir cada vez mais em estratégias que fortaleçam o sentido de pertencimento da população ao SUS. Nesse caminho, a proposta político–metodológica da educação popular em saúde apresenta potência para tornar o SUS ainda mais identificado com o popular, com as lutas antirracistas, antipatriarcais, antigbtfóbicas e com outras frentes de luta contra a opressão. Em outras palavras, o programa do controle social deve ter, como uma de suas metas, fundir-se às lutas de emancipação que caracterizam a cidadania brasileira no século XXI, realizando

nas instâncias do Estado os sentimentos que mobilizam os corações e as mentes democráticas do nosso tempo. Assim, a participação popular será instrumento ímpar de radicalização da democracia e construção real de correlação de forças em favor do SUS público e sustentação de um governo democrático-popular.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019* / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA, 2022.

CHIORO, A. et al. Atuação do Partido dos Trabalhadores na Gestão do Ministério da Saúde: agendas Estratégicas Visando a Garantia do Direito a Saúde e a Defesa do SUS. *PERSEU: História, Memória e Política*, v. 1, n. 1a, dez. 2020.

CHIORO, A.; PADILHA, A.; TEMPORÃO, J. G.; COSTA, H. International Journal of Health Planning and Management Covid-19 in Brazil: Three dimensions to understand our tragedy. *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT*, p. 1-3, 2021.

CLAUDIA BITTNCOURT. *Brasil Sorridente completa 11 anos de atividade*. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/brasil-sorridente-completa-11-anos-de-atividade>>. Acesso em: 29 out. 2020.

COSTA, A. M.; CHIORO, A.; LAGUARDIA, J.; FLAUZINO, R. F. Ainda tem pandemia, mas há esperança. *Saúde em Debate*, v. 46, p. 5-9, 2022.

COSTA, H.; CHIORO, A.; SOTER, A. P. M.; MORETTI, B. O golpe contra a democracia, a austeridade e o ataque ao SUS: 2016, o ano que não acabou. PERSEU: *História, Memória e Política*, v. 19, p. 136–164, 2020.

FRENTE PELA VIDA. *Em defesa da Vida, da Democracia e do SUS*. Conferência Nacional Livre Democrática e Popular de Saúde. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/#gallery-2>. Acesso em: 10 maio 2022.

MASSUDA A, MALIK AM, VECINA NETO G, et al. *A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à Covid-19*. 2021; 19(esp):735–744. Available from: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cadernosebape/article/view/84344/79919>.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. DA S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 224–243, set. 2018.

PARTIDO DOS TRABALHADORES. Setorial Nacional de Saúde do PT. *Contribuições do Setorial Nacional de Saúde ao Programa de Governo das eleições de 2022*. Brasília, 2022.

CADERNOS  
TEORIAeDEBATE

---

Fundação Perseu Abramo

Rua Francisco Cruz, 234 - Vila Mariana 04117-091 São Paulo - SP

Fone: (11) 5571 4299 - [www.fpabramo.org.br](http://www.fpabramo.org.br)