

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL - 9ª CES/RS

DOCUMENTO ORIENTADOR

1. Chamamento

A 9ª Conferência Estadual de Saúde, etapa preparatória à 17ª Conferência Nacional de Saúde – 17ª CNS, será realizada em maio de 2023. Todos os municípios devem construir suas Conferências Municipais discutindo a temática proposta, que será a base para a construção dos planos de saúde dos novos governos estadual e federal.

O Conselho Estadual de Saúde do RS faz um chamamento a todos os militantes do Controle Social, entidades representativas dos segmentos que o compõe, movimentos sociais e a todos os cidadãos gaúchos para que participem desse processo de construção.

Essa Conferência acontece num momento importante da vida nacional, onde novos rumos se delineiam para o futuro do país! Em outubro, o povo brasileiro fez a opção pela democracia e por um projeto de reconstrução do Brasil, após um período de perda de direitos sociais, desmonte e desfinanciamento da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia, de perda de direitos trabalhistas e previdenciários, da volta do Brasil ao mapa da fome, da destruição do meio ambiente, com aumento do desmatamento e do uso de agrotóxicos e onde vivenciamos o horror da pandemia, o negacionismo, deboche, a falta de ações e de comando do governo, e vimos, com estarecimento, as vidas de quase 700.000 brasileiros serem ceifadas.

O momento é desafiador e exige de nós coragem e ousadia, para construir a participação popular na definição dos rumos da saúde pública em nosso país.

Está em pauta o resgate da dívida social! Está em pauta a reafirmação do Sistema Único de Saúde como uma política de Estado, inclusiva, que traz dentro de si o exercício democrático da participação popular através dos Conselhos de Saúde! É hora de discutirmos a saúde como resultado de determinantes sociais que precisam ser transformados, levantarmos bem alto a bandeira do financiamento robusto para termos um SUS fortalecido, que garanta a saúde com qualidade, que esteja fundado numa Atenção Primária forte, que tenha resolutividade a partir das regiões de saúde, que garanta o acesso a medicamentos e

insumos essenciais e que fortaleça a participação da sociedade através dos Conselhos de Saúde!

Conclamamos todos os gaúchos e gaúchas ao trabalho coletivo de construir, por muitas mãos, a 9ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul!

É HORA DE MOBILIZAÇÃO! VAMOS BOTAR O NOSSO BLOCO NA RUA!

2. A importância do debate da realidade da saúde pública em âmbitos estadual e municipal

Devemos considerar as atribuições legais impostas às Conferências de Saúde, como instância de Controle Social do SUS, uma vez que este é o espaço de debate da sociedade e tem como finalidade principal avaliar a situação de saúde, bem como estabelecer as diretrizes para a formulação da política de saúde na sua esfera de gestão correspondente. Tais diretrizes deverão ser incorporadas nos planos de saúde em níveis municipais, estaduais e nacional, no sentido de demonstrar à gestão do SUS quais deverão ser as prioridades na execução das políticas públicas. Para tanto, é imprescindível, de forma preliminar, a realização da análise situacional de cada território, da forma que veremos a seguir.

2.1 Sumário de análise situacional sobre os problemas de saúde e as necessidades prioritárias no Rio Grande do Sul

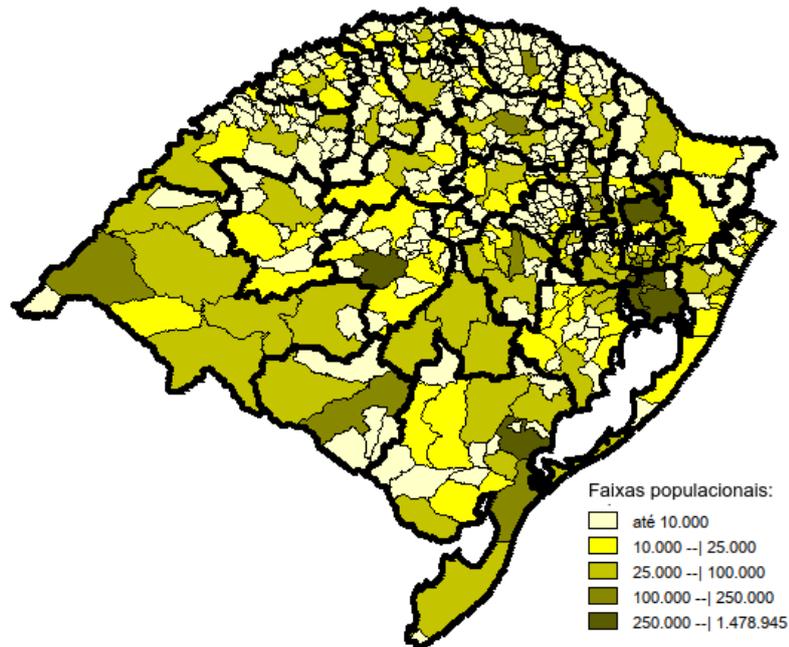
No levantamento realizado para a análise situacional de Saúde do RS para subsidiar as etapas municipais e estadual dessa Conferência de Saúde foi considerado um conjunto de 80 indicadores, em sua maior parte, calculados para um período cumulativo de cinco anos (2016-2020). Os mesmos estarão disponibilizados de forma específica e georreferenciada (municípios gaúchos e respectivas Regiões de Saúde), com a discriminação de situações prioritárias por estratos de faixas populacionais, a partir do endereço virtual abaixo:

<https://www.ufrgs.br/laisc/>

Para obter informações específicas de cada município e Região de Saúde, bastará acessar o *link* descrito acima, escolher os indicadores e utilizar as informações para subsidiar a definição de prioridades nas Conferências Municipais e Estadual de Saúde.

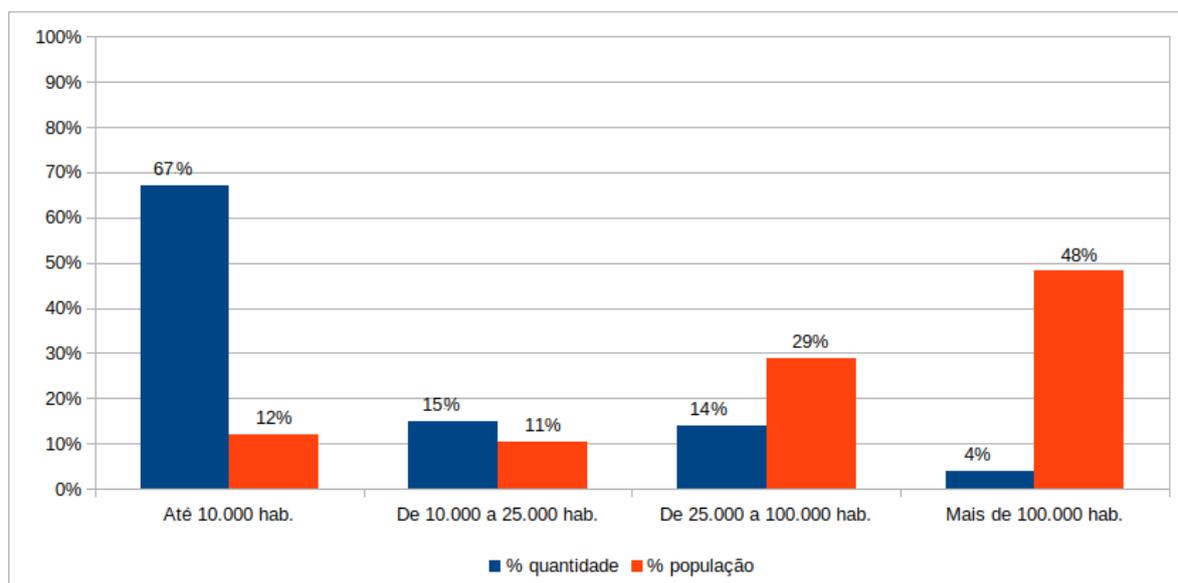
O Rio Grande do Sul possui 497 municípios, organizados em 30 Regiões de Saúde, constituindo uma diversidade de problemas, de necessidades e um complexo arranjo de recursos, de pessoal e de serviços públicos de Saúde (Figura 1).

Figura 1. Mapa de 497 municípios gaúchos distribuídos por faixas populacionais e das 30 Regiões de Saúde.



Aproximadamente dois de cada três municípios gaúchos possui menos de 10.000 hab., contingente onde vive aprox. 12% da população; 15% dos municípios possuem entre 10.000 e 25.000 hab., onde vive aprox. 11% da população; 14% dos municípios possuem de 25.000 a 100.000 hab., onde vive aprox. 29% da população; e somente 4% dos municípios possuem mais de 100.000 hab., contingente com quase a metade (48%) da população (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição proporcional da quantidade e população de municípios do Rio Grande do Sul em faixas populacionais. Período de 2021.



Fonte: IBGE

Em contexto tão diverso e heterogêneo, analisar os problemas e definir as necessidades prioritárias de saúde implica discernimentos e comparações entre condições similares ou, pelo menos, próximas, em termos de portes populacionais e oferta de recursos e serviços de saúde.

Em termos ideais há expectativa de que o contingente de municípios de pequeno porte populacional (<10.000 hab.) pudessem organizar e prover de forma mais bem qualificada pelo menos os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Vigilância à Saúde. Os municípios de porte intermediário (de 10.000 hab. até 100.000 hab.), além dos serviços de APS, geralmente possuem alguns estabelecimentos e serviços de assistência especializada, ambulatorial e hospitalar, muitas vezes deveriam servir como pontos de referência para encaminhamentos dos municípios de menor porte, em fluxos microrregionais. Os municípios de maior porte (>100.000 hab.) deveriam abrigar as redes de estabelecimentos de Média e Alta Complexidade assistencial (clínica de Atenção Psicossocial, de Urgência e Emergência etc.), constituindo polos (macro)regionais para referenciamentos resolutivos. Todavia, a complexidade e a heterogeneidade das necessidades reais das populações muitas vezes não condizem com as delimitações geopolíticas, requerendo investimentos e iniciativas para a conformação de arranjos regionais para os cuidados e a atenção integral à saúde.

Ainda idealmente, cada Região de Saúde deveria estar composta por um conjunto de municípios com diversos portes populacionais, como também, por redes de serviços imprescindíveis para a resolução da maior parte dos problemas de saúde no próprio âmbito regional. Inclusive, a legislação vigente (Dec. 7.508/2011) estabelece que, pelo menos, cinco tipos de redes de cuidado devem ser efetivas em cada Região de Saúde: de Atenção Primária à Saúde (APS), de Assistência Especializada; de Atenção Psicossocial; de Urgência e Emergência; de Vigilância em Saúde.

2.1.1 Sistemas Regionais de Saúde

Todavia, no caso do RS tem persistido a concentração de recursos e de serviços públicos de saúde em determinado grupo de municípios, cuja localização e fluxos de encaminhamentos assistenciais têm determinado outro arranjo regional de fato, diverso daquele estabelecido formalmente. Por exemplo, a capital Porto Alegre possui aproximadamente 13% da população do estado, contudo, concentra quase 40% dos recursos financeiros transferidos para o custeio da assistência especializada (Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade), uma das maiores concentrações identificadas dentre as capitais do país. Destaque-se que para o dimensionamento dessa referida concentração de recursos financeiros transferidos para a assistência especializada em Porto Alegre só foram considerados dados provenientes do orçamento municipal (SIOPS). A capital ainda dispõe de transferências federais repassadas diretamente para hospitais federais (como o Grupo Hospitalar Conceição) ou empresas estatais hospitalares (como o Hospital de Clínicas).

Os recursos federais transferidos para investimentos nos últimos anos, ou seja, para a implantação de novos serviços públicos de saúde municipais ou regionais no RS, também têm ocorrido de forma desproporcional e incompatível com os perfis de necessidades prioritárias. Pior, nos últimos anos a maior parte desses recursos para investimentos em saúde têm sido veiculados de forma intransparente, a partir de emendas parlamentares definidas por critérios clientelistas e não epidemiológicos ou socioeconômicos (como no caso do chamado “orçamento secreto”, veiculado pela Câmara dos Deputados).

Urge o redimensionamento e a redistribuição de recursos para investimentos e decorrentes transferências para os custeios de serviços de saúde entre as regiões do estado, de modo a aumentar a resolubilidade de problemas nos próprios âmbitos regionais,

diminuindo a concentração e a sobrecarga de serviços na capital. Iniciativa que também implica redefinição das Regiões de Saúde do estado, de modo a torná-las mais eficientes e efetivas para o manejo e a resolução dos problemas de saúde da população.

O desenho das Regiões de Saúde no RS não pode ser meramente figurativo e deveria estar compatibilizado com os perfis de necessidades e as prioridades de saúde e, evidentemente, com a redistribuição de recursos (financeiros, tecnológicos, físicos etc.) e de trabalho profissional. Além disso, as Regiões de Saúde deveriam estar organizadas de modo a apoiar os municípios de pequeno e médio porte populacional em suas ações programáticas de Atenção Primária, de Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, de Saúde dos Trabalhadores etc.), de Assistência Farmacêutica etc. Também deveriam atuar e servir para melhorar a eficiência na economia de escala, agregando as compras e as aquisições de insumos por parte dos municípios menores; auxiliando na redistribuição de sobras e evitando desperdícios de insumos, aprimorando o controle e a transparência sobre as despesas públicas.

2.1.2 Problemas de saúde prioritários

Também consiste em tarefa complexa a definição de prioridades em termos de problemas e necessidades populacionais de saúde. A incidência e a prevalência dos problemas de saúde tendem a variar entre municípios e regiões.

Em comparação com o conjunto dos estados brasileiros, no período de 2016 a 2020, o RS registrou cumulativamente:

- a pior taxa de mortalidade por suicídios;
- a segunda pior taxa de incidência e a pior taxa de mortalidade decorrentes da AIDS. No RS e, particularmente na região metropolitana de Porto Alegre, a epidemia de HIV/AIDS apresenta características de epidemia generalizada (na população em geral), distinta do resto do país;
- a pior taxa de mortalidade por neoplasias;
- a segunda pior taxa de mortalidade específica por neoplasias ginecológicas;
- a segunda pior taxa de incidência por Sífilis congênita;

- a terceira pior proporção de partos cesarianos;
- a terceira pior taxa de mortalidade específica por neoplasias de próstata entre homens de 40 anos e mais;
- a sétima pior taxa de incidência e a sexta pior taxa de mortalidade por Tuberculose (/100.000 hab.);
- a sétima pior proporção de prematuridade em nascidos vivos;
- a oitava pior proporção de nascidos vivos com Apgar sem condições ideais (teste realizado por ocasião do nascimento para avaliar o estado geral da criança) no 1º minuto de vida.

Existe uma maior incidência e prevalência de problemas específicos em determinadas regiões do estado, o que requer um planejamento regional compatível e focado nas necessidades particulares e nas prioridades regionais. Torna-se imprescindível a efetivação dos processos ascendentes de planejamento, com ênfase nos âmbitos regionais, de modo a reorientar as prioridades para investimentos em serviços e trabalho profissional de acordo com as referidas particularidades regionais.

Claro, existem outros indicadores de prioridades municipais e regionais de Saúde que não sumarizados na lista acima. Em função das particularidades ou especificidades não caberiam nesse documento orientador, todavia devem ser disponibilizados a partir do site <https://www.ufrgs.br/laisc/>.

2.1.3 Pandemia COVID no Rio Grande do Sul

O surgimento da pandemia COVID exigiu respostas governamentais efetivas e oportunas, de acordo com as circunstâncias e disponibilidades de recursos efetivos para proteção da população. No início de 2020, se sabia de antemão que a disponibilização de vacinas demoraria pelo menos 12 meses e que as medidas de proteção necessárias para conter a transmissibilidade do vírus implicavam:

- convencimento ao autocuidado e menor exposição aos riscos de contágio (confinamentos voluntários, diminuição de mobilidade, incremento de higienização etc.),
- monitoramento eficaz (testagem massiva, monitoramento dos riscos e cadeias de contágio etc.),

- Ágil incremento da rede assistencial (leitos clínicos e de UTI, equipamentos etc.),
- preparação de pessoal técnico habilitado para lidar com a crise, nos diversos tipos de serviços de saúde e assistência social (APS, Vigilância em Saúde, assistência especializada etc.) e
- imprescindíveis imposições governamentais para o controle de exposições, quando necessárias, ou seja, nas fases de incremento da transmissibilidade e da incidência de casos).

Ainda nesse período inicial, urgia a tomada de decisão antecipada para a aquisição das vacinas, ainda em fase de desenvolvimento, para a oportuna e pronta utilização, quando autorizadas e disponibilizadas.

A partir do período em que as vacinas estivessem disponibilizadas urgia o incremento de sua distribuição e aplicação, considerados os grupos populacionais prioritários, em função dos riscos implicados. O Conselho Estadual de Saúde do RS buscou alertar as autoridades sanitárias estaduais da grande importância de viabilizar a aquisição de testes, o monitoramento eficaz, entre outras ações.

As taxas de incidência por COVID calculadas para o período de 2020 e 2021 demonstram que em ambos os anos houve mais casos confirmados no RS (portanto, mais exposições) do que no conjunto do país. Em 2020, a taxa de mortalidade no RS foi menor do que a do Brasil, entretanto, no ano seguinte houve inversão desse ordenamento (notadamente pelo ocorrido no primeiro trimestre); sendo que, em ambos os anos, o município de Porto alegre obteve maiores taxas de mortalidade em relação ao RS e Brasil. Em se tratando das proporções de letalidade (relação de óbitos ocorridos dentre os casos confirmados) os resultados do RS foram melhores do que os do Brasil, todavia o município de Porto Alegre apresentou maiores letalidades para ambos os anos (Quadro 2).

Quadro 2. Taxas de incidência, de mortalidade e proporção de letalidade por COVID em Porto Alegre, Rio Grande do Sul e Brasil. Período 2020 e 2021.

Indicadores*	2020			2021		
	Porto Alegre	RS	Brasil	Porto Alegre	RS	Brasil

Incidência (/100.000 hab.)	4808,0	4228,9	3644,0	6421,9	8691,2	6832,6
Mortalidade (/100.000 hab.)	134,5	85,9	92,4	251,1	227,7	198,5
Letalidade (%)	2,8	2,0	2,5	3,9	2,6	2,9

Fontes dos dados: SES/RS e MS. *Cálculos de taxas, com denominadores ajustados para as estimativas populacionais (IBGE).

Entre os meses de março de 2020 e 2021, o governo estadual do RS adotou uma débil sistemática para o monitoramento prospectivo da cadeia de transmissibilidade da COVID (projeção de cenários futuros de médio prazo e antecipação de medidas protetivas) e uma falha estratégia para a imposição oportuna de medidas mais restritivas visando à proteção populacional. Houve demora excessiva na imposição de medidas restritivas oportunas, imprescindíveis em momentos críticos de incremento da cadeia de transmissibilidade (por exemplo, no final de 2020 e início de 2021); houve precipitação na *flexibilização* das medidas restritivas em fases de aparente decréscimo de contágios e casos (que se revelaram como fases intervalares entre *ondas* progressivas).

Considerado somente o ano de 2021, se aplicada a taxa de mortalidade brasileira (que foi a maior dentre os países com mais de 100 milhões de hab.) ao RS, teriam ocorrido aprox. 3.350 óbitos a menos no estado. Ainda em 2021, se aplicada ao Brasil e ao RS a taxa de mortalidade mundial por COVID, o Brasil teria aprox. 180.000 óbitos a menos, o RS teria aprox. 13.000 óbitos a menos (Fonte do indicador mundial: OMS).

Por outro lado, quando disponibilizadas as vacinas (a partir de março de 2021) houve agilidade na distribuição desses imunizantes para os municípios e o alcance de progressiva cobertura. O que ocasionou rápida queda de incidência e de mortalidade a partir de junho de 2021.

Outra questão a ser destacada tem a ver com a menor letalidade por COVID no estado, mesmo em havendo maior incidência e mortalidade em relação ao país (notadamente em 2021), o que pode ser atribuído ao bom desempenho da rede assistencial especializada... Referindo de outro modo, mesmo com maiores exposições, contágios, casos e complicações no RS em 2021, houve atuação efetiva do SUS para evitar muitos óbitos (estimativa de 3.000 óbitos evitados, em comparação com a proporção de letalidade do Brasil no mesmo período).

Principalmente no início, mas também no decorrer da pandemia, houve imprevidência e pouca providência governamental, considerado o estado e muitos municípios, para a realização de treinamentos, a suficiente e oportuna disponibilização de equipamentos para a proteção (EPIs) dos trabalhadores de saúde. Além disso, a base de registros disponibilizados da incidência de casos confirmados e de óbitos por COVID entre os trabalhadores de saúde apresentou uma grande proporção de subnotificações para esses eventos, ao ponto de comprometer o dimensionamento acurado e confiável acerca dos casos ocorridos.

Outra insuficiência notória acerca da pandemia COVID no estado tem a ver com as dificuldades para a identificação, o dimensionamento e a análise dos casos de pessoas com sequelas da doença. O monitoramento apropriado teria sido imprescindível para a definição de estratégias programáticas para o suporte e acompanhamento clínico e para o manejo de reabilitação dos casos de sequelas, a partir dos serviços de saúde. A definição e implementação dessas estratégias de suporte, acompanhamento, manejo de reabilitação para as sequelas da COVID permanecem como desafios prioritários para o estado e municípios.

2.1.4 Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul

Nos últimos cinco anos têm prevalecido maiores coberturas proporcionais de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Regiões de Saúde do Noroeste do RS, enquanto os piores indicadores de “internações hospitalares por causas sensíveis à APS” (indicador reconhecido internacionalmente como apropriado para se analisar a qualidade desse nível assistencial) predominam em Regiões de Saúde do Centro e do Sul do estado. Inclusive, as Regiões de Saúde com os piores indicadores epidemiológicos associados ao campo de atuação da APS são também aquelas que efetuaram maiores proporções de despesas com serviços de saúde *terceirizados*.

No período de 2016 a 2020 o RS registrou cumulativamente a segunda pior cobertura populacional de Agentes Comunitários de Saúde dentre os estados brasileiros. Da mesma forma, registrou cumulativamente a quinta pior cobertura populacional de equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Os indicadores epidemiológicos do RS (alguns descritos sumariamente abaixo) denotam que a maior parte dos problemas prioritários de saúde poderiam ser equacionados

ou mais bem manejados a partir das redes de APS e da “Estratégia de Saúde da Família” (ESF) nos municípios. Entretanto, além do menor investimento e da baixa cobertura da APS em muitas Regiões de Saúde do estado, o progressivo processo de *terceirização* de estabelecimentos públicos tem reduzido a atuação desses serviços somente ao pronto-atendimento de demandas ambulatoriais espontâneas, ou seja, com desmonte e degradação das ações preventivas e programáticas de saúde, com insuficiência na busca ativa de casos prioritários etc.

Em muitos dos serviços de saúde *terceirizados* em diversos municípios do RS, os profissionais de saúde têm estado submetidos a condições precárias de trabalho, com insegurança sobre a sua permanência, a continuidade e a longitudinalidade de sua atuação profissional. Por dificultar a permanência e a longitudinalidade na atuação de equipes da APS, pela alta rotatividade de profissionais, pela insuficiência de Agentes Comunitários de Saúde, os processos de *terceirização* tendem a também dificultar a vinculação de famílias e de pessoas aos serviços e ações programáticas, sendo que, um dos resultantes tem sido a piora das diversas condições de saúde que deveriam ser manejadas nesse nível de atenção.

2.1.5 Assistência hospitalar

Em comparação ao conjunto de estados, o RS apresenta uma alta taxa de oferta populacional para leitos hospitalares vinculados ao SUS, entretanto, em sua maior proporção são equipamentos que pertencem a entidades privadas sem fins lucrativos. Trata-se do estado brasileiro com maior dependência do SUS a esse tipo de modalidade que deveria ser complementar, todavia é preponderante. Essa característica peculiar reforça a necessidade de investimentos em rede própria e de regulação apropriada da rede privada.

Todavia, ainda não foi equacionada a questão do excesso de hospitais de pequeno porte, com pouca eficiência alocativa para os poucos recursos públicos, pouca eficácia resolutive e geralmente pertencentes às associações privadas sem fins lucrativos. Torna-se imprescindível a discussão sobre alternativas para a mudança na forma de financiamento desse tipo de serviços, assim como, para a sua reorientação atributiva e logística em função de sua densidade tecnológica e capacidade resolutive.

Sobram leitos clínicos para internações de curta duração, utilizados com pouca eficiência, mas faltam leitos para diversas especialidades importantes. Considerado o gradual

alargamento da esperança de vida no estado, com o aumento da prevalência de doenças crônicas e degenerativas que requerem mais controle; faltam serviços vocacionados para reabilitação, a terapia ocupacional, o incentivo ao autocuidado etc. Faltam leitos e hospitais geriátricos, faltam leitos de retaguarda para internações de longa duração, para reabilitação.

Faltam profissionais de nível técnico e de nível superior, especialistas em “Saúde dos Idosos” (de Geriatria, Gerontologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Educação Física etc.), pior, faltam políticas públicas proativas para a priorização na formação e redistribuição desses profissionais.

O RS também dispõe de elevada taxa de cobertura de estabelecimentos para o atendimento de Urgência e Emergência pelo SUS, todavia, existem Regiões de Saúde, inclusive na região metropolitana da capital, com baixas coberturas. No que se refere às necessidades de reabilitação para pessoas portadoras de sequelas incapacitantes (temporárias ou permanentes) também faltam serviços de reabilitação em muitas das Regiões de Saúde.

2.1.6 Assistência ambulatorial especializada

O RS possui uma grande quantidade de ambulatórios de Média e de Alta Complexidade assistencial especializada, todavia, existem regiões com grande adensamento de oferta e outras com baixa e insuficiente cobertura populacional. São abundantes os ambulatórios para determinadas especialidades médicas com maior apelo mercantil, enquanto são escassos os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Os serviços e processos de regulação para o agendamento e o acesso aos serviços ambulatoriais especializados têm operado com pouca eficácia em termos de governança intermunicipal e de gestão clínica (listas de espera, linhas de cuidado, observância efetiva aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas etc.). As programações físicas e financeiras municipais para a assistência especializada têm sido rígidas e incompatíveis para orientar efetivamente tais processos de regulação assistencial, o que tem gerado sobrecargas e listas de espera de longo prazo.

2.1.7 Atenção psicossocial

Em comparação com outros estados do país, o RS possui uma cobertura intermediária de serviços de Atenção Psicossocial, tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas etc. Todavia, esses estabelecimentos estão concentrados em determinadas regiões e insuficientes em outras.

Há décadas o RS persiste com as piores taxas nacionais de suicídios, inclusive, com estudos evidenciando associações significativas desse fenômeno em regiões com o uso mais intenso de venenos agrícolas. Todavia essa constatação ainda não parece ter sido suficiente para dimensionar esse problema como prioridade epidemiológica para a Atenção Psicossocial, tampouco, para focar e intensificar esforços, recursos, trabalho profissional especializado e serviços nas regiões com os piores indicadores.

Foi sustada a tendência da diminuição gradual de leitos em hospitais psiquiátricos e a sua substituição por um número menor de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Essa substituição gradual era estratégica para a consolidação de Reforma Psiquiátrica no estado, com ênfase na superação e substituição da cultura manicomial.

Aumentou consideravelmente no RS o número das chamadas *Comunidades Terapêuticas*, instituições que prestam serviços de acolhimento e atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, cuja única disposição supostamente *terapêutica* seria a convivência entre os pares. Entretanto, em sua maior parte tem se configurado como espaços sem atuação profissional especializada e com insuficiente monitoramento, avaliação e controle pelas gestões governamentais do SUS.

2.1.8 Vigilância à Saúde

No que se refere aos estabelecimentos de Vigilância em Saúde, notadamente a Vigilância Sanitária o RS de uma taxa de cobertura intermediária em relação ao conjunto dos estados, tal indicador ainda é menor do que a taxa nacional, todavia são escassos os serviços de Vigilância Ambiental e de Saúde dos Trabalhadores.

Conforme antecipado, o problema mais importante tem a ver com o insuficiente apoio aos serviços de Vigilância em Saúde dos municípios de pequeno porte populacional.

3. Controle Social: importância e desafios

A luta do povo brasileiro trouxe uma conquista no processo constituinte de 1988: a saúde como direito de todos e dever do Estado, assim como incluiu na Constituição Federal um sistema de saúde integral, equânime e regionalizado para todos os brasileiros, garantindo a participação da sociedade como um dos elementos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), devidamente regulamentada pela Lei Federal 8142/90, que estabelece esta participação de Conferências de Saúde e de Conselhos de Saúde.

As Conferências de Saúde debatem a situação de saúde da população e propõe as diretrizes para a formulação dos planos e das políticas de saúde, enquanto os Conselhos de Saúde aprovam as políticas de saúde e fiscalizam a sua execução. A história do Controle Social brasileiro é bastante rica e com belas experiências, mas no último período registrou grandes desafios. Logo no início do governo Bolsonaro foi publicado um decreto que tentou extinguir todos os conselhos de direito e de controle social, contudo, mediante decisão do Supremo Tribunal Federal, essa ação autoritária não prosperou, pois foi decidido que conselhos criados por lei não poderiam ser extintos por norma de hierarquia inferior, preservando assim, os conselhos de saúde. Contudo, os ataques não pararam. Podemos citar dois exemplos inaceitáveis:

a) O CES/RS, cumprindo as suas atribuições legais de fiscalização da gestão do SUS, aprovou resoluções, recomendações, moções e várias questões envolvendo a pandemia de covid-19 no RS, entretanto, nenhum instrumento foi homologado ou chancelado pelo governo do Estado. Como a gestão estadual não tinha argumentos para contrapor as resoluções do CES/RS, fundamentadas na ciência e com total embasamento técnico, optou por silenciar o colegiado através de um parecer da PGE, que retira o caráter deliberativo ao concluir, de forma que afronta toda a legislação vigente, que a homologação das resoluções do CES/RS por parte do gestor constitui um ato discricionário, ou seja, que depende da vontade política do governo. Pior, o Sr. Governador aprova o parecer e estabelece caráter normativo, o que também afronta a Constituição Estadual, a Constituição Federal, bem como legislação federal e estadual vigente. O CES manteve suas posições na defesa da população, da ciência e do embasamento técnico, não aceitando as posições dos governos Estadual e Federal.

b) Cabe também expor a ação ilegal e autoritária do prefeito de Porto Alegre, Sebastião Melo, que encaminhou à Câmara de Vereadores lei complementar que retira o caráter deliberativo do CMS de Porto Alegre, cria a figura do veto e reduz a participação do segmento trabalhador de saúde e infla a participação do segmento gestor/prestador, maculando a paridade. Houve reação unânime e imediata do controle social através do CMS, do CES e do CNS, bem como do conjunto de entidades da sociedade civil e movimentos sociais. A Lei foi suspensa por ação do MPE na Justiça, a pedido do controle social, através de decisão em tutela antecipada, e chancelada pelo TJ/RS na manutenção da liminar.

Politicamente, essa vitória jurídica é importante para impedir que outros gestores se sintam confortáveis em retirar direitos da sociedade que participa das deliberações da saúde pública. Todos os ataques ao Controle Social ao SUS deverão ser respondidos de forma incisiva. Cabe destaque a manifestação do presidente eleito, no seu primeiro discurso após o pleito, quando afirmou o retorno da participação da sociedade na definição das políticas públicas através das conferências. O Controle Social se sentiu contemplado e lutaremos com mais força e disposição. “Vamos Esperançar”. Nós construímos uma forte resistência aos ataques às políticas públicas e ao SUS, como a EC 95, a EC 86, a EC 106, dentre tantos outros ataques. Vivemos um período difícil e cabe a nós reconstruirmos o Controle Social.

Urge o fortalecimento do Controle Social através do fortalecimento das entidades representativas e dos movimentos sociais, para potencializar sua atuação.

Urge ampliar a representatividade dos segmentos mais vulneráveis da sociedade nos Conselhos, de forma a espelhar a diversidade da sociedade.

Urge democratizar os Conselhos de Saúde, uma vez que a lei não pode definir quem representa a sociedade. Ao contrário, é a sociedade que deve pautar o governo.

4. Gestão do SUS: necessidade de mudanças

Apesar da norma constitucional que estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a cada Conferência Nacional de Saúde, mesmo após três décadas de promulgação da Constituição Federal, somos obrigados a reafirmar o direito à saúde e defender a continuidade do SUS. O SUS tem se estabelecido como uma política de governo e não de

Estado, pois cada governante define se a saúde é prioridade ou não na sua gestão, bem como define onde irá alocar os recursos. E assim vemos outras prioridades: os recursos são destinados para o tratamento das doenças e não para sua prevenção. A concepção do SUS é de promoção da saúde, mas a política dos governos é de atenção à doença. Isto fica bastante claro se nós analisarmos os orçamentos públicos, onde maior parte dos recursos que deveriam ser destinados para a prevenção da doença e promoção da saúde, é destinada para a assistência.

Nesta discussão, é necessário chamar a atenção que a assistência à saúde está sendo privatizada, desde a Atenção Básica à Alta Complexidade, bem como a produção de insumos para a saúde e medicamentos, dominados pelo setor privado e dependente do mercado internacional, conforme vimos no período pandêmico.

O SUS tem uma longa história de subfinanciamento, com o objetivo claro de terceirização e privatização. Muitas lutas foram realizadas para garantir um SUS público e estatal com financiamento adequado. A EC 29, regulamentada pela LC 141, estabeleceu referências mínimas de aplicação de recurso. A responsabilidade do financiamento é dividida entre as três esferas do governo. A União destina à saúde aquém do seu poder de financiamento e das necessidades da população. O Rio Grande do Sul nunca aplicou o mínimo de 12% em saúde pública, enquanto os municípios, que deveriam aplicar no mínimo 15% na Atenção Básica e Vigilância em Saúde, destinam a maior parte dos recursos para a Média e Alta Complexidade. Com a EC 95, que congelou a despesa primária da União por vinte anos, houve uma piora no problema: fez com que o SUS saísse do subfinanciamento e passasse para o desfinanciamento. A Emenda do teto dos gastos congelou todas as despesas da União, exceto pagamento de juros e dívidas. A EC 86, denominada “Orçamento Impositivo”, retirou recursos do orçamento da saúde dando poder aos parlamentares conforme seus interesses políticos e econômicos, situação que se agrava com denominado “Orçamento Secreto”, sem qualquer transparência ou possibilidade de fiscalização. No Rio Grande do Sul, a receita tributária é somente dois terços da receita potencial. A metade deste um terço é o resultado da Lei Kandir, que isenta de tributos as mercadorias semi-elaboradas para a exportação, desta forma se exporta renda e trabalho. A outra metade são benefícios e incentivos fiscais destinados aos grandes grupos econômicos no Estado. Em realidade, esta é a principal causa

da chamada crise financeira do Estado. O estado reduz a receita pública em benefício do interesse econômico em detrimento dos interesses da maioria da população.

A gestão do SUS é pouco discutida, apesar de ser estratégica para um bom desempenho para melhorar as condições de saúde da população. Apesar de se chamar Sistema Único de Saúde, existe no Brasil mais de 5 mil sistemas, uma vez que cada município e cada estado define as suas prioridades. O planejamento deveria ser ascendente, partindo da situação de saúde do município, da região, do estado e nacional, para construir as melhores diretrizes para o Sistema Único de Saúde, mas o que nós presenciamos é a União definindo quais são os setores que irão ter recursos, pactuando com os estados, que por sua vez pactuam com os municípios, criando um planejamento descendente, afrontando a própria estrutura do SUS. As pactuações em regra são baseadas nos interesses políticos e econômicos dos governantes em detrimento das necessidades de cada território, com o agravante de que cada município pode definir quais são as suas prioridades. Se anteriormente tínhamos seis blocos de financiamento, atualmente se tem somente dois: investimento e custeio. Esse mecanismo foi utilizado para compensar o corte de recursos decorrente da EC 95. Para compensar a redução de recursos, houve uma flexibilização na aplicação. Como os planos municipais e estaduais de saúde tem vários problemas de construção, somados a baixa capacidade da estrutura dos Conselhos Municipais de Saúde, tal situação traz como consequência a possibilidade do uso indevido dos recursos da saúde. Ademais, as alterações promovidas na Política Nacional de Atenção Básica, reduzindo as equipes de Estratégia de Saúde da Família (que deixou de ser estratégia e passou a ser programa), bem como a mudança ocorrida no financiamento que era originalmente baseado na população e passou a ser por pessoa cadastrada, causam redução dos valores a serem transferidos para os municípios. A redução de recursos e a crescente privatização da Atenção Básica levou a um maior adoecimento das populações, crescendo de forma assustadora os recursos para a Média e Alta Complexidade. A União e os Estados reduzem recursos destinados aos municípios e os municípios devolvem aos outros entes federados um maior número de pessoas adoecidas, inclusive de forma bem mais grave. Hoje são necessárias alterações profundas na gestão da saúde. Depois de três décadas, constatamos que a Atenção Básica não é resolutiva, nem atende a necessidade da população, e faz crescer o adoecimento e os custos financeiros do sistema de saúde e das famílias.

Assim, se faz necessário reconstruir a forma de gestão do SUS, a partir de novas bases. Entendemos ser necessário a constituição de um ente público regional financiado e gerido pelas três esferas de governo, sendo responsável desde a Atenção Básica à Alta Complexidade, evitando de forma objetiva repassar as responsabilidades entre as esferas de gestão. Desta forma, se torna possível a constituição de um plano de carreira nacional para o SUS, previsto ainda na Lei Federal 8142/90, e reivindicado em inúmeras lutas em todo o Brasil.

5. Eixos temáticos e metodologia de trabalho

A partir da narrativa crítica apresentada, compreende-se como incontestável a importância dos debates realizados nas conferências de saúde, no sentido de garantir as conquistas e os direitos da sociedade, bem como atuar para a atenção aos princípios basilares do Sistema Único de Saúde, notadamente ao que diz respeito a universalidade do acesso e a integralidade do cuidado e priorizando sempre a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Assim, a 17ª Conferência Nacional de Saúde estabelece o tema central “Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – Amanhã vai ser outro dia”, bem como quatro eixos temáticos.

Em face da subjetividade na redação dos eixos propostos pelo Conselho Nacional de Saúde, o CES-RS entende pela necessidade de categorizar cada ponto, no sentido de delimitar os temas para uniformizar a compressão pelas instâncias de controle social do SUS, conforme veremos:

Eixo I - O Brasil que temos. O Brasil que queremos;

Trata da análise conjuntural e situacional da saúde na realidade locorregional.

Eixo II - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas;

Trata do fortalecimento do controle social como afirmação do direito à saúde e da participação social, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde em suas instâncias correspondentes.

Eixo III - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia;

Trata dos pontos estruturantes do SUS, a universalidade, integralidade, equidade/igualdade, resolutividade, financiamento, gestão e regionalização, reafirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Eixo IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas.

Trata da definição de diretrizes estratégicas para as prioridades identificadas nos eixos anteriores, além de promover a atuação que garanta a atenção aos princípios constitucionais e normativos do SUS, bem como, a importância do controle social para o acompanhamento, monitoramento e implementação das deliberações da 17ª CNS nas políticas públicas.

Cabe sempre lembrar e ressaltar que as conferências de saúde debatem e aprovam diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Assim, propomos como metodologia, apresentar propostas que foram extraídas do documento “Recomendação CES/RS n. 09/2022”, que foi encaminhado aos candidatos ao governo do Estado do RS, no período do pleito 2022, a fim de explicitar ao futuro governador eleito quais são as propostas do Controle Social do SUS para a formulação do Plano Estadual de Saúde, bem como para a formulação e execução das políticas públicas do novo governo, e o que será exigido do novo governante como modelo de saúde pública.

Nesse sentido, como método de trabalho, de forma ilustrativa, apresentaremos a seguir as propostas referidas no sentido de nortear os debates neste Seminário, para transformá-las em diretrizes, a serem debatidas e aprovadas, no âmbito estadual e nacional, por ocasião da 9ª Conferência Estadual de Saúde e 17ª Conferência Nacional de Saúde, na busca de um novo rumo, tanto no Estado, quanto no País, pois as conferências devem aprovar diretrizes que deverão ser utilizadas na formulação dos Planos de Saúde nas esferas de gestão correspondentes.

Assim, seguem as propostas referidas que nortearão o debate:

1 – Atenção Básica

A Atenção Básica é a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde. É a coordenadora do cuidado, tendo como diretrizes a territorialização, a população adscrita, o cuidado centrado na pessoa, a longitudinalidade do cuidado, entre outras. O CES/RS propõe:

- Instituir Política Estadual de Atenção Básica, tendo como base a integralidade da atenção e assistência, por meio da implantação e da ampliação do modelo de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e a articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), contemplando servidores estatutários concursados e profissionais com formação em Medicina de Família e Comunidade, garantindo cofinanciamento para tal, com repasse de valores mais elevados para os municípios com servidores detentores de cargo efetivo, de modo a assegurar cobertura de 100% do território.
- Eliminar a terceirização, a privatização e a precarização das relações de trabalho da Atenção Básica pois estes contratos oferecem risco à manutenção do cuidado à população devido a precariedade dos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde e da sobreposição dos interesses privados das instituições.
- Criação de políticas públicas e protocolos que garantam a atenção integral às vítimas da Covid-19.

2 – Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial são movimentos que redirecionaram o modelo assistencial em Saúde Mental como resposta às violações dos direitos humanos ocorridas em hospitais psiquiátricos e a busca da cidadania das pessoas com sofrimento mental. As comunidades terapêuticas são a reprodução do modelo manicomial, não se constituindo em serviços substitutivos. O CES/RS propõe:

- A ampliação e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial promovendo a integração e o financiamento adequado dos serviços de saúde.
- A redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência nos hospitais psiquiátricos no Estado junto a implantação de serviços substitutivos de base territorial em número adequado à população desinstitucionalizada, bem como aumento das vagas para tratamento de Saúde Mental nos hospitais gerais públicos no Estado.

3 – Média e Alta Complexidade

Compete à direção estadual do Sistema Único de Saúde executar ações e serviços de saúde no seu território. A saúde é direito de todos e dever do Estado, contudo o modelo de assistência hospitalar do Estado do RS se funda majoritariamente a partir da contratação de hospitais privados filantrópicos ou não, em detrimento aos hospitais públicos. Ademais, os hospitais públicos federais do GHC e HCPA, com administração própria, e os Hospitais Universitários de Santa Maria, Rio Grande e Pelotas estão vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH. Ressalta-se que empresas possuem finalidade econômica, não sendo o dispositivo adequado para garantir os direitos da população. O Estado administra o Hospital Psiquiátrico São Pedro, o Hospital Sanatório Partenon e o Hospital Colônia Itapuã

(este em vias de municipalização). Os hospitais públicos estaduais de Caxias do Sul, Alvorada, Cachoeirinha, Tramandaí e Santa Maria tem sua gestão terceirizada a instituições privadas. Além desses, há também pequenos hospitais públicos municipais, cujo atendimento é restrito. O CES/RS propõe:

- Administração pelo poder público estadual dos hospitais próprios;
- Implantação de hospitais públicos regionais com gestão do poder público estadual, ampliando a oferta de ambulatorios, serviços de urgência e emergência, leitos hospitalares, procedimentos clínicos e cirúrgicos e exames;
- Ampliação dos serviços laboratoriais próprios do Estado e dos municípios, além de revisão dos contratos existentes.
- Criação de políticas públicas e protocolos que garantam a atenção integral às vítimas da Covid-19.

4 – Descentralização e Regionalização

A descentralização e a regionalização são princípios do Sistema Único de Saúde que garantem a integralidade do cuidado em todos os níveis de atenção da rede de saúde. O estado do Rio Grande do Sul divide-se em: 30 (trinta) Regiões de Saúde, 18 (dezoito) Coordenadorias Regionais de Saúde e 7 (sete) Macrorregiões de Saúde, além de 30 (trinta) Regiões de Agrupamento do Sistema 3As de Monitoramento da COVID-19. Salienta-se que nenhuma das formas colocadas atende em sua completude as necessidades de saúde da população, existindo “vazios assistenciais” no território gaúcho. O CES/RS propõe:

- Redefinição das regiões a partir de critérios epidemiológicos, populacionais e territoriais, atendendo as características econômicas e sociais;
- Garantir a rede regionalizada, prevista no art. 198 da Constituição Federal de 1988, viabilizando a implantação de uma gestão intergovernamental do SUS, pela via da Administração Estatal Indireta e sob a égide do Direito Público, de abrangência nacional, com bases regionais, tendo a gestão e o financiamento compartilhado pelas três esferas de governo, e que atuem, de forma integrada na prevenção, na promoção da saúde e na assistência, desde a atenção básica à alta complexidade;
- Definição de referências regionais para todas as especialidades necessárias para o cuidado integral da saúde da população.

5 – Controle Social

O Controle Social é entendido como a participação da sociedade na formulação, deliberação, acompanhamento e fiscalização da execução das políticas públicas de saúde, sendo um componente essencial e constitucional do Sistema Único de Saúde. O CES/RS propõe:

- O fortalecimento da participação do Controle Social no SUS através da garantia das condições de pleno funcionamento do Conselho Estadual de Saúde como órgão colegiado permanente, deliberativo e fiscalizador;
- A realização regular das Conferências de Saúde;

- Repúdio a qualquer ato que pretenda atacar as atribuições e prerrogativas legais e constitucionais das instâncias de controle social do SUS;
- Revogação do ato do Governador que aprovou o Parecer nº 18398/2020 da PGE/RS, atribuindo caráter jurídico normativo com efeitos cogentes para a Administração Pública Estadual, e que afastou o caráter deliberativo do CES/RS.
- Encaminhamento ao Poder Legislativo e aprovação do Projeto de Lei que reorganiza o Conselho Estadual de Saúde.

6 – Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde consiste no processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. Suas ações devem estar inseridas em todas as instâncias e pontos da rede de atenção, através da Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde do Trabalhador. Cabe às vigilâncias rigorosa fiscalização sobre os fatores de adoecimento. O CES/RS propõe:

- A ampliação da presença do Estado nas ações de Vigilância em Saúde por meio do fortalecimento da atuação do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), do Centro de Informações Toxicológicas (CIT), do Laboratório Central do Estado (LACEN) e Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CDCT), garantindo infraestrutura, insumos, quadro de servidores e recursos financeiros adequados.
- Que os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) tenham gestão direta estadual a fim de evitar a interferência da pressão política local no desenvolvimento das ações.
- Criação do cargo de Fiscal Sanitário para garantir a isenção da fiscalização e fortalecer o poder de polícia administrativa, reduzindo a interferência do poder econômico sobre a gestão e a vigilância em saúde.
- A reversão do quadro atual de degradação ambiental do território gaúcho através de políticas que garantam o meio ambiente saudável à população. Assim, a reconstrução da política ambiental é fundamental, devendo prever, entre outros, a proibição do uso de agrotóxicos; o fim do auto licenciamento de produtos, processos ou fontes poluidoras; o fim da autorregulação, a proibição dos projetos de mineração que são danosos à saúde das populações e ao meio ambiente; o fortalecimento do quadro de servidores públicos que garantam à sociedade o direito ao ambiente saudável conforme o art.225 da CF/88.
- A garantia de alimentos de qualidade nutricional e sanitária, através de incentivos e divulgação do conhecimento e das práticas agroecológicas.

7 – Produção de insumos e medicamentos

A formulação das políticas de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção ocorrem no âmbito do Sistema Único de Saúde, devendo ser voltadas para as necessidades de saúde da população, garantindo a integralidade do cuidado dos usuários do sistema. O CES/RS propõe:

1. Garantir o financiamento e a ampliação dos laboratórios oficiais e dos centros de pesquisas, destinando recursos para o desenvolvimento científico, tecnológico, inovações e produção pública de fármacos e medicamentos que sejam de interesse do SUS, propondo intervenções nos determinantes sociais e ambientais da saúde.
2. Repudiar a terceirização do apoio técnico aos sistemas de justiça, nas demandas da saúde, oferecido por profissionais ou instituições que apresentem conflitos de interesse, propondo a interlocução junto ao Poder Judiciário para garantir peritos com cargos públicos efetivos.

8 – Planejamento

O processo de planejamento do Sistema Único de Saúde deve ser ascendente e em consonância com as diretrizes formuladas nas Conferências e nas políticas aprovadas pelos Conselhos de Saúde partindo do município, região, estado e país. O Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, é o documento que orienta as ações e políticas de saúde que serão desenvolvidas no Rio Grande do Sul, sendo assim, é a base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão estadual do sistema de saúde. Os RDQA objetivam apresentar os resultados referentes às ações de saúde realizadas a cada quadrimestre, cabendo ao Conselho de Saúde apontar o redirecionamento das ações, se necessário. O RAG é o relatório das ações desenvolvidas a cada ano, submetido a avaliação e deliberação do Conselho de Saúde. Historicamente o CES/RS tem rejeitado o RAG pela não aplicação de 12% da Receita Corrente Líquida e Transferências nas ações e serviços públicos de saúde, bem como pelo não cumprimento das metas estabelecidas no PES. As pactuações da Comissão Intergestores Tripartite orientam a postura da SES/RS na construção do Plano de Saúde. Desta forma, o princípio legal do planejamento ascendente é completamente desrespeitado. O CES/RS propõe:

- Que o planejamento da saúde seja ascendente, com base nas deliberações das Conferências de Saúde, e que o Plano Estadual de Saúde, tendo como base as diretrizes firmadas na Conferência de Saúde, oriente a formulação do Plano Plurianual.
- A garantia de que todas as políticas, programas e planos de saúde sejam previamente aprovados pelo Controle Social.
- Qualificar a elaboração da Programação Anual de Saúde e do Plano de Saúde, de modo a permitir o controle efetivo da execução de suas políticas.
- A inserção de elementos qualitativos e quantitativos nos RDQA e RAG, a fim de verificar se as ações estão produzindo efeitos benéficos para a população.

- Garantir os indicadores adequados para verificar diferentes aspectos da situação de saúde da população e, assim, através de seu monitoramento, possibilitar a revisão e elaboração de estratégias necessárias para o alcance dos objetivos almejados.

9 – Financiamento

O Sistema Único de Saúde é financiado pelas três esferas de governo – federal, estadual e municipal. O Estado deve aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação de sua Receita Líquida de Impostos e Transferências, como estabelece a EC 29/2000 e a LC 141/2012 ou no mínimo 10% (dez por cento) da sua Receita Tributária Líquida, excluídos os repasses federais oriundos do SUS, conforme Emenda 25 da Constituição Estadual. Historicamente o CES/RS demonstra, por meio de resoluções, que o Rio Grande do Sul não aplica na saúde pública os recursos determinados na Constituição Federal e/ou Estadual, com o consentimento do Tribunal de Contas, em seu parecer prévio, o aval do poder legislativo, que aprova as contas do governo, bem como o silêncio do Ministério Público Estadual. Denunciamos que o Projeto de Lei 212/2022, Lei Orçamentária Anual (LOA 2023), destina somente 10% das aplicações em ações e serviços públicos de saúde da Receita Líquida de Impostos e Transferências. Assim, o CES/RS propõe:

- A aplicação pelo Estado do percentual mínimo obrigatório em ações e serviços públicos de saúde, bem como a redistribuição do orçamento estadual da saúde, aumentando o recurso destinado para as ações e serviços públicos que contribuem para a prevenção de doenças e agravos e para a promoção da saúde, a exemplo da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde.
- Redução progressiva e continuada da contratação de serviços da rede privada, fortalecendo a rede própria do SUS.

10 – Valorização dos Servidores Públicos Estaduais da Saúde

A Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) tem o papel fundamental de coordenar o sistema e as políticas de saúde no âmbito do Estado, promovendo a descentralização dos serviços e das ações de saúde, acompanhando, controlando e avaliando as redes hierarquizadas do SUS, prestando apoio técnico e financeiro aos Municípios, bem como executando supletivamente ações e serviços de saúde. O CES/RS propõe:

- Plano de Carreira, com Isonomia de Vencimentos, para todos os servidores da Secretaria Estadual de Saúde com:
 - a) redistribuição dos servidores lotados na Secretaria Estadual da Saúde pertencentes ao Quadro Geral e ao Quadro de Analistas de Políticas Públicas para o Quadro da Saúde Pública;
 - b) transformação do atual Quadro de Funcionários da Saúde Pública em Plano de Carreira;
 - c) Plano de Carreira com ascensão funcional;

d) critérios objetivos para preenchimento dos cargos de chefia e os cargos em comissão de livre nomeação e exoneração;

e) jornada de trabalho máxima de 30 horas semanais; dedicação exclusiva como regime de trabalho a todos os servidores; política de valorização do servidor e reajustes salariais dignos;

f) estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior;

g) política de formação profissional com incentivos salariais e de carreira; regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades insalubres, penosas e perigosas, com integralidade e paridade.

- A realização de concurso público para recompor e ampliar o quadro de servidores da SES/RS, com nomeação imediata dos aprovados.

6. Conclusão

A participação da comunidade é princípio basilar do SUS garantido na Constituição Federal, e somente a sociedade possui a prerrogativa de criar o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde que melhor atenda às necessidades da população.

Vale lembrar que as propostas apresentadas, extraídas da Recomendação CES/RS n. 09/2022, foram incluídas nesse documento de forma ilustrativa, para serem analisadas como referências para o debate e formulação, em conjunto, das diretrizes que deverão contemplar as esferas estadual e nacional de gestão do SUS, a serem defendidas e adequadas nas etapas respectivas da Conferência de Saúde.

Bom trabalho a todos!!!

Comissão Organizadora da 9ª Conferência Estadual de Saúde/RS