



20ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Democracia e Saúde | SÃO PAULO 2019



O presente Documento Orientador foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de São Paulo para orientar os debates e subsidiar a elaboração de propostas para a 20ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e suas etapas de Pré-Conferências. Está em conformidade com os documentos oficiais publicados pelo Conselho Nacional de Saúde para orientar as etapas municipais, estaduais e do Distrito Federal da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8).

DOCUMENTO ORIENTADOR

DEMOCRACIA E SAÚDE

Democracia e Saúde é o tema central de todas as conferências de saúde que, no primeiro semestre de 2019, ocorrerão em cada cidade e em cada estado do país, de forma ascendente e representativa, culminando, em agosto, com a 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8). Este tema transversal será discutido em três eixos temáticos: 1) Saúde como Direito; 2) Consolidação do SUS e 3) Financiamento do SUS.

A inspiração temática veio da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), período histórico de efervescência democrática pós-ditadura militar, que resgatou da Declaração dos Direitos Humanos (1948) o direito humano à saúde e à proteção da vida e buscou na declaração Alma-Ata (1978)* o conceito ampliado de saúde, resultando na Constituição Federal de 1988 naqueles valores democráticos consagrados nos artigos 196 a 200, que ampliaram o conceito de saúde e responsabilizaram o Estado pela sua garantia e pela criação do Sistema Único de Saúde - SUS.

O resgate das raízes dessa discussão no momento histórico presente se justifica porque os desafios para a defesa da saúde adquiriram dimensões colossais, não apenas na direção da formulação de políticas que possam desenvolver o SUS para a superação de seus gargalos, que não são poucos, mas também na direção da resistência aos mais violentos ataques aos princípios e diretrizes do SUS, realizados por forças que buscam uma contratação social nos moldes anteriores à Constituição de 1988.

*Alma-Ata: cidade da República do Cazaquistão, onde foi realizada a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária na Saúde (OMS/UNICEF - SET/1978).

No entanto, os desafios são muito grandes e precisam ser enfrentados: o debate da saúde como direito, que considere a soberania nacional e os interesses do nosso povo e da nossa nação, precisa transformar-se em soluções que permitam fazer com que o Direito à Saúde seja materializado na garantia do acesso a ações e serviços de saúde.

Num contexto de retrocessos das políticas sociais, o processo da 20ª Conferência Municipal de Saúde e suas pré-conferências torna-se mais relevante, como uma grande ação em defesa do SUS e da democracia, que vai se somar às etapas estaduais, levando um conjunto de diretrizes, propostas e novos olhares e saberes para a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Na etapa municipal, a 20ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, que ocorrerá de 22 a 24 de março/2019, será antecedida por 26 Pré-Conferências nos territórios das Supervisões de Saúde nos dias: 09, 16, 22 e 23 de fevereiro/2019. Alguns segmentos realizarão Plenárias Livres no município, anteriormente, com o objetivo de encaminhar propostas às Pré-Conferências. Cumprindo a etapa estadual, a 8ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo será de 07 a 09 de junho/2019. O processo se concluirá na etapa nacional, na 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8), que será realizada de 04 a 07 de agosto/2019.

O desafio atual é conseguir a contribuição de cada usuária(o), trabalhadora e trabalhador de saúde, gestora ou gestor e prestadora ou prestador para que a gestão participativa, vestida da bandeira da Democracia e Saúde possa ser uma poderosa guardiã da Constituição Federal na defesa do Direito Humano Fundamental à Saúde.

Defender o SUS significa defender ações e serviços de saúde para a totalidade da população brasileira (sendo que para mais de 75% desta população o SUS é a única opção de assistência à saúde) e defender conquistas que são exemplo para o mundo: 1. Sistema Nacional de Transplantes; 2. Sistema de Hemocentro; 3. Resgate de emergências e pré-hospitalar em situações de acidentes; 4. Tratamento de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Aids; 5. Distribuição de medicamentos para o controle de doenças crônicas não transmissíveis (como hipertensão e diabetes); 6. Sistemas de vacinação capazes de imunizar milhões de brasileiros em apenas um final de semana; 7. Produção nacional de vacinas para doenças negligenciadas ou emergentes; 8. Expansão da Estratégia de Saúde da Família e melhoria dos indicadores de saúde.

Defender o SUS é também defender orçamento e financiamento adequado e suficiente para o sistema e implementar políticas públicas para: a) Assistência Farmacêutica e Ciência e Tecnologia; b) Saúde das Pessoas com Deficiência; c) Saúde Bucal; d) Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; e) Saúde Mental; f) Saúde da População Negra; g) Saúde da Mulher; h) Saúde da Pessoa Idosa; i) Saúde da População Indígena; j) Saúde da População de Rua; k) Saúde da População de Imigrantes, Refugiados e Apatriados; l) Saúde da População LGBTQI+; m) Saúde das Pessoas com Doenças Raras.

Também merecem destaque o desenvolvimento de atividades temáticas de forma articulada com as questões transversais de equidade, ciclos de vida, promoção e proteção à saúde, Práticas Integrativas de Saúde - PICS, alimentação e nutrição e educação permanente.

Em seu histórico discurso de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o sanitarista Sergio Arouca defendeu a ideia de que “Democracia é saúde”. Conseguir a democracia era o “ponto de partida” para se ter saúde, ou seja, “a saúde está diretamente relacionada ao conceito de democracia”.

(...) saúde não é simplesmente ausência de doença... “é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito a casa, a trabalho, a salário condigno, a água, a vestimenta, a educação, a informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito a um meio ambiente que não seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, que não esteja todo o tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo” (...)

- Sergio Arouca, 1986.

A associação entre Democracia e Saúde, abordada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, permitiu-nos escrever um contrato social que reformulou a estrutura do Estado, que declarou a Saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado mediante políticas públicas. Estabeleceu em seus artigos constitucionais um Estado defensor e promotor do Bem-Estar Social, e os caminhos em direção à mudança do modelo de atenção e gestão de Saúde no país. Entretanto, o Brasil foi um dos raros países que conseguiu produzir esse tipo de contratação social.

OS ATAQUES AO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO COLOCAM A SAÚDE EM RISCO

A Constituição Federal de 1988 vem sendo atacada desde a sua promulgação, o que impôs barreiras para efetivação de políticas públicas que dessem materialidade aos seus apontamentos, como o Direito à Saúde e ao Bem-Estar Social. Todavia, os mais duros ataques ao Estado Democrático de Direito, preconizado na Constituição Federal de 1988, foram justamente ao seu caráter democrático e de direito.

Desta forma, ao não respeitarem a soberania da vontade popular de uma eleição majoritária e, ao instituírem a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, que congela os gastos públicos por vinte anos, romperam o nosso contrato social.

Tal investida precisa ser compreendida dentro das disputas de rumos não só do Brasil, mas do mundo, não só do nível nacional, mas também do nível local, do território onde vivemos... O que está em disputa é como vivemos e como morremos, quem vive e quem morre. As consequências dessas disputas podem ser o avanço da civilização ou uma tragédia humanitária, pois seus desdobramentos impactam diretamente em vidas humanas. A escolha é: Todos têm direito à vida? Alguns são elimináveis? O conhecimento humano, a ciência e a tecnologia impactarão nas relações de produção da vida, no avanço ou na tragédia, no local e no global.

LUTAR PELA SAÚDE É LUTAR PELA DEMOCRACIA

Objetivamente, disputas travadas num amplo processo de construção do Estado Democrático de Direito proporcionam avanços e conquistas, como a que experimentamos nas três últimas décadas e resultam em aprimoramento e fortalecimento do SUS. Contudo, diante das ameaças a direitos, de redução de investimentos, da retração das políticas públicas sociais, tanto o processo de construção do SUS está em xeque quanto a própria consolidação da democracia.

Foram os enfrentamentos em um ambiente democrático que permitiram que as diferentes

forças sociais conseguissem, mesmo que de forma subfinanciada, importantes vitórias na defesa do SUS e da Saúde como Direito, como a Lei nº 8.142/90, que deu materialidade ao princípio do SUS, da participação da comunidade na gestão da saúde, dando caráter legal às Conferências e aos Conselhos, sendo fundamental para os defensores dos avanços do SUS, permitindo que o caráter deliberativo da gestão participativa tivesse “força de lei”, consagrando o papel do Controle Social em relação à saúde, permitindo a formulação, fiscalização e mobilização da sociedade.

São muitos os desafios, mas o principal é político-ideológico. É preciso ampliar a base de sustentação social e política em defesa do direito à saúde e do SUS, em particular reconhecendo a saúde como um direito da cidadania e um bem público e não uma mercadoria ou moeda de troca político-partidária. Nessa perspectiva, há que se desenvolver iniciativas voltadas para a sustentabilidade econômica, institucional, política e científico-tecnológica.

PAPEL DO CONTROLE SOCIAL E DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA LUTA PELA DEMOCRACIA E SAÚDE

As Conferências de Saúde têm sua relevância reconhecida para fortalecimento do processo democrático de participação social na gestão do SUS e para a construção de diretrizes para formulação de políticas públicas de saúde que atendam aos anseios e necessidades da população. O reconhecimento está centrado na sua potencialidade de fortalecer o arranjo democrático do Estado brasileiro e no caráter de inovação que introduz na formulação e execução das políticas públicas.

Esse processo de conferência, assim como os Conselhos de Saúde, representa uma verdadeira reforma na condição de funcionamento democrático do Estado, ampliando as relações entre democracia representativa e democracia participativa direta, de caráter ascendente, iniciando seu processo nos níveis municipais, estaduais, distrital e culminando com a etapa nacional.

O caráter inovador está justamente no reconhecimento de que o “poder emana do povo.” Participação direta, no caso da saúde, significa vocalizar opiniões e necessidades, avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para as políticas de saúde. O SUS expressa o caráter democrático do Estado brasileiro por meio de políticas públicas, que devem ser formuladas e geridas pelos representantes na estrutura do Estado, de forma a responder às necessidades de saúde da população, e também por meio da participação de representantes de grupos e instituições na avaliação e definição de diretrizes.

Não basta um sistema de assistência a doenças. É preciso um sistema que, sob a responsabilidade do Estado brasileiro, também atue nas condições que fortaleçam a saúde individual e coletiva porque a saúde “como direito fundamental do ser humano”, inclui a “formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e ao estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Lei nº 8.080/90).

O SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

O Município de São Paulo faz parte da Região Metropolitana de São Paulo, que conta com 39 municípios e 21.571.281 habitantes (IBGE, 2018), ocupando 7.943,85 km² de área territorial. É a cidade mais populosa do Brasil, com uma população estimada em 12.176.866 habitantes (IBGE, 2018), sendo 5.590.397 do sexo masculino e 6.163.262 do sexo feminino; 1.733.796 habitantes (14,08%) têm 60 anos ou mais. Da população, 99,1% vivem em área urbana e 0,9% em área rural (IBGE, 2010). É o principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul, com Produto Interno Bruto – PIB de R\$ 687 bilhões (IBGE, 2016) e PIB per capita de R\$ 59.030, representando 33,7% do PIB paulista e 10,96% do PIB nacional (atualizado de SMS/CMS, 2015).

São Paulo abriga um importante centro tecnológico de saúde, com um complexo médico-hospitalar de referência nacional e internacional, o que representa parcela importante da sua economia. Também desenvolve atividades em pesquisas e incorporação de inovações tecnológicas em saúde.

Sob a gestão da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo predominam as unidades que prestam serviços de atenção básica, saúde mental, urgência e emergência, atenção especializada ambulatorial e hospitalar, destacando-se que existem dificuldades de articulação das duas esferas de governo (municipal e estadual) para garantir acesso integral da(o) cidadã(ão) ao SUS.

As unidades sob a gestão da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo também prestam serviços de urgência e emergência e de atenção especializada, sendo maioria quando se trata de alta complexidade.

As referidas dificuldades de articulação das duas esferas de governo persistem, por um lado, em função da fragmentação entre as redes de atenção à saúde dos dois entes federados coexistentes no território da municipalidade e, por outro lado, dada a fragilíssima atuação integradora da SES-SP na garantia do funcionamento sistêmico na Região de Saúde do Município de São Paulo (SMS/CMS, 2015).

Desde o início da sua implantação no país, o SUS viveu no município de São Paulo um processo de descontinuidade, que dificultou a sua total implementação. Se, em 1989, a gestão municipal promovia uma política de municipalização da saúde, com o objetivo de inserir a cidade integralmente no SUS, em 1995, nova gestão implantaria o Plano de Assistência à Saúde – PAS, deixando o município fora do SUS por seis anos. Em 2001, atendendo às reivindicações de movimentos populares e sindicais, a saúde do município retornou para o Sistema Único de Saúde – SUS e aderiu à Estratégia de Saúde da Família (à época denominado Programa de Saúde da Família). A partir de 2006, com a aprovação pela Câmara Municipal do projeto que propôs o gerenciamento de unidades de saúde por meio de Organizações Sociais de Saúde – OSS houve aprofundamento da gestão através de parcerias, em detrimento da administração direta, situação que permanece até os dias atuais. Com o avanço das terceirizações, hoje, aproximadamente 67% das unidades são geridas por OSS.

Em 2017, a gestão defendeu o corte de verbas na saúde pública municipal, em entrevista à jornalista Joice Hasselmann, da TV Jovem Pan (programa Os Pingos nos Is, 22/09/2017 – <https://youtu.be/r8anQSY30Y8>), alegando que o SUS no município de São Paulo deveria

atender a 6,5 milhões de pessoas sem plano de saúde, o que deixaria 5 milhões de paulistanos sem atendimento, desrespeitando o princípio de universalidade do SUS. Essa tentativa de reestruturar a Rede de Atenção à Saúde – RAS resultou em uma experiência que serve de alerta, com a intervenção do Ministério Público do Estado de São Paulo, acionado pela população. Isto ocorreu porque a SMS-SP iniciou processo de reorganização da rede de atenção, incluindo fechamento de unidades de saúde, sem consulta pública ou discussão ampla com a sociedade, desencadeando um conflito, com intervenção do Ministério Público - MP. Os mecanismos da democracia participativa direta não foram respeitados e a população reagiu à percepção de retirada do direito de acesso a políticas públicas e a serviços de saúde.

Com a participação de MP, Conselho Municipal de Saúde, conselhos de unidades, movimentos populares e sociedade civil organizada, foram realizados Encontros Regionais em todas as Supervisões de Saúde, resultando na rejeição da reestruturação da saúde proposta pela gestão. Na ocasião, a população apontou ainda as necessidades de cada território, a partir do olhar de quem utiliza as unidades e os serviços locais.

São Paulo foi pioneiro na implantação de diversas políticas no SUS: Política Pública para Doenças Raras, Política Pública para População em Situação de Rua, Política Pública para Imigrantes, Refugiados e Apatriados, bem como a inclusão dessas políticas no Plano Municipal de Saúde, entre outras ações, propiciando que as populações atingidas saíssem da invisibilidade e passassem a ter um palco de luta para novas conquistas.

Realizar um processo de Pré-Conferências e Conferência Municipal, que promova no município um diálogo entre usuárias(os) do SUS, conselheiras(os), pesquisadoras(es), membros da Academia, estudantes, trabalhadoras(es) de saúde e gestoras(es), em situações próximas da realidade, buscando entender como se dá o acesso à saúde, aos medicamentos básicos e de alto custo nos leva a questionar os desafios para a defesa da saúde pela ótica de quem está na base do sistema. Também nos convida a pensar em soluções humanizadas e resolutivas, baseadas na diversidade e amplitude de expectativas e experiências, com um olhar amplo, que perceba tanto a dimensão do indivíduo quanto a das coletividades.

Perguntas estimuladoras para o debate:

- 1.** Em quais situações do cotidiano podemos perceber o respeito à vontade popular, ou seja, como percebemos as conquistas do Estado Democrático de Direito na vida cotidiana no pleno exercício da cidadania?
- 2.** Quando a vontade popular é desrespeitada os direitos à saúde são diminuídos? É possível perceber isso no dia a dia das pessoas em seus territórios?
- 3.** Como você avalia os Encontros Regionais no seu território?

EIXO I SAÚDE COMO DIREITO

O conceito de saúde decorrente da Declaração Universal dos Direitos Humanos exige que saúde seja entendida como Direito Humano que deve ser universal, indivisível e interdependente. Ao entendermos que um direito não é mais importante do que o outro, pois todos são fundamentais para o bem viver, então, compreenderemos que os direitos não devem ser separados.

Entender a saúde como direito universal significa compreender que se trata de uma condição que deve ser acessível para todos: pobres, ricos, brancos, negros, índios, mulheres, homens, crianças, idosos, trabalhadores formais e informais, quilombolas, populações ribeirinhas, população em situação de rua, pessoas com deficiência, pessoas com doenças raras, imigrantes, refugiados e apatriados, não devendo haver privilégio de uns em detrimento de outros. No entanto, precisamos respeitar as especificidades de cada um, garantindo o acesso de acordo com as necessidades específicas, significando, assim, equidade, pois as pessoas são expostas a fatores e condições diferentes, que podem fragilizar ou vulnerabilizar a sua saúde.

A indivisibilidade dos direitos significa que direitos, como educação, moradia, alimentação, emprego e renda são também fundamentais para que as pessoas possam ter saúde. Assim, colocar a saúde como um direito humano significa considerar que esse direito é indissociável do direito à vida, sendo prerrogativa de todos, cidadãos e cidadãs.

A Constituição Federal de 1988 registra esse reconhecimento, quando absorve o conceito ampliado de saúde, no entendimento de que Saúde é um Direito de todos e Dever do Estado, iniciando dessa forma os princípios e diretrizes do SUS e reafirmando a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948).

A partir do reconhecimento de saúde como direito de cidadania e dever do Estado, o acesso a ações e serviços se tornou universal, ficando assim definido que uma parcela do conjunto de impostos e contribuições que brasileiras e brasileiros recolhem regularmente às três esferas de governo deve ser a fonte de sustentabilidade das ações do Sistema Único de Saúde. Não há gratuidade na sustentação do SUS. Avanços importantes no acesso às ações e serviços de saúde são, desde então, visíveis e a negação dessa condição é argumento político dos setores que pretendem destruir essa conquista.

O SUS foi regulamentado através da Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Apesar do avanço, esta lei sofreu diversos vetos, o que suscitou a necessidade de que outra lei viesse a complementá-la: Lei nº 8.142/90, que regulamenta a participação direta da sociedade na gestão da saúde.

BRASIL E A AGENDA 30**

Desenvolvimento humano sustentável, erradicação da pobreza e saúde de qualidade são alguns dos objetivos que devem entrar na pauta de discussões para que possam ser alcançados na próxima década. Entre as metas de saúde previstas para serem alcançadas até 2030, destacam-se: cobertura universal de saúde; acesso a serviços essenciais de qualidade e a medicamentos e vacinas seguras; reduzir taxa de mortalidade materna; acabar com mortes

****Em outubro de 2015, a Organização das Nações Unidas - ONU estabeleceu a Agenda 2030, compromisso assinado por diversos países, incluindo o Brasil, que preconiza o atingimento de 17 objetivos e 169 metas até o ano de 2030.**

7

evitáveis de recém-nascidas(os) e crianças menores de 5 anos; acabar com as epidemias de Aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas; combater a hepatite e as doenças transmitidas pela água; reduzir o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, reduzir a contaminação e poluição do ar, água e solo.

O CONTROLE SOCIAL NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

A Lei 8.142/90 estabeleceu e regulamentou a participação social, por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, buscando incluir a participação popular nos processos decisórios, influenciando na definição e execução das políticas de saúde.

Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos e as Conferências de Saúde consistem em fóruns públicos para avaliar e propor diretrizes na formulação das políticas de saúde, que acontecem por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional. Participam os segmentos sociais representativos do SUS: usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços.

O desafio que se coloca é a criação de uma eficiente rede de informação e comunicação à(ao) cidadã(ao) sobre esses espaços de participação e ainda fazer com que cada um perceba o seu papel fundamental na reivindicação pelo direito à saúde e no controle social do SUS.

Nesse contexto, destaca-se ainda o papel estratégico que tem o controle social na avaliação ética em pesquisas envolvendo seres humanos e na autêntica defesa da autonomia e dos direitos dos participantes de pesquisas. No Brasil, esse controle vem sendo realizado por meio da atuação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), comissão do Conselho Nacional de Saúde- CNS. No município de São Paulo, há aproximadamente 100 (cem) Comitês de Ética em Pesquisa, que possuem assentos destinados a usuárias(os), representando pontos de vista e interesses institucionais, coletivos e públicos diversos, principalmente no que diz respeito aos interesses e direitos dos participantes em pesquisa.

Perguntas estimuladoras para o debate:

- 1.** Quais obstáculos/dificuldades são percebidos no seu território para que as pessoas tenham o direito à saúde? Os condicionantes da saúde (trabalho, educação, transporte, moradia, lazer, alimentação etc.) estão acessíveis a todas as pessoas? As especificidades de cada pessoa são respeitadas? As condições e fatores que expõem as pessoas a condições de vulnerabilidade são reconhecidas?
- 2.** Como tem sido a sua participação e do seu grupo social na garantia do direito à saúde no seu território?
- 3.** Quais os desafios para se por em prática plenamente o SUS concebido na Constituição de 1988?
- 4.** Como podemos relacionar esses desafios com eleições de vereadores, deputados estaduais, deputados federais e senadores (Poder Legislativo), e de prefeitos, governadores e presidente (Poder Executivo)?
- 5.** De que forma o SUS e o direito à saúde podem ser preservados para as futuras gerações? Por que a atenção básica e a promoção e proteção à saúde são tão importantes num sistema como o SUS?

EIXO II CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Os princípios e as diretrizes do SUS conferem legitimidade ao sistema, definem os rumos para a implantação, tratam da organização e orientam o processo, a fim de concretizar, na prática, a sua existência. Para tanto, deve-se levar em consideração os seguintes princípios e diretrizes do SUS:

UNIVERSALIDADE

Universalidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e determina que todas(os) as(os) cidadãs(aos) brasileiras(os), sem qualquer tipo de discriminação, tenham direito de acesso às ações e serviços de saúde.

EQUIDADE

Equidade tem como objetivo diminuir desigualdades, o que não significa que equidade seja sinônimo de igualdade. Significa investir mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A Equidade é um princípio de justiça social e, através das Pré-Conferências municipais, pode-se contribuir para identificar situações e propor ações para diminuir as desigualdades.

INTEGRALIDADE

O princípio da Integralidade considera a pessoa como um todo não fragmentado, integrado à comunidade. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção e proteção à saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, pressupondo ainda a articulação intersectorial da saúde com outras políticas públicas.

REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO

Regionalização e Hierarquização são formas de organização e funcionamento do SUS, o que vale dizer que os serviços devem ser organizados em redes de atenção, em níveis crescentes de complexidade em uma determinada área geográfica, planejados a partir das necessidades da população, de critérios epidemiológicos e com conhecimento da população a ser atendida.

A Regionalização geralmente é um processo de articulação entre os serviços já existentes num determinado território, para organização da rede de atenção à saúde, de modo a garantir que a(o) cidadã(ao) tenha acesso ao cuidado integral em tempo hábil e de forma qualificada, com fluxos de encaminhamento do nível básico do serviço e oportuno retorno e troca de informações.

DESCENTRALIZAÇÃO E COMANDO ÚNICO

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidades no âmbito das três esferas de governo (municipal, estadual e federal). No SUS, a descentralização deve se dar até a esfera do município, que deverá ter garantidas as condições de gestão, técnicas, administrativas e financeiras para exercer essa função. Cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a necessidade da sociedade exercer o controle social.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Participação social no SUS está ligada ao conceito de democracia participativa, onde a população participa ativamente das decisões das políticas públicas de saúde e não apenas aceita passivamente as decisões tomadas pelas(os) gestoras(es). É a comunidade propondo e definindo o serviço público que ela deseja, principalmente através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

ACESSIBILIDADE

Pessoas com Deficiência querem melhorar e ampliar a acessibilidade e inclusão no SUS, observando a funcionalidade. O Brasil possui atualmente 23,9% de sua população com algum tipo de deficiência (IBGE 2010). A Constituição de 1988, a Convenção da ONU dos Direitos das Pessoas com Deficiência (2006) e a Lei Brasileira de Inclusão (2015) são alguns dos marcos que garantem esses direitos. São direitos fundamentais das pessoas com deficiência educação, transporte e saúde, assim como a garantia do acesso à informação e à comunicação.

DOENÇAS RARAS

Pessoas com Doenças Raras têm direito a que o acesso seja dotado de capacidade para atendimento nas especialidades, criação de serviços e linhas de cuidado e promoção de cuidado, identificação da doença para criação de banco de dados e respostas às suas necessidades e direitos a todos os princípios do SUS.

Considera-se Doença Rara aquela que afeta 65 pessoas em cada 100 mil indivíduos. O município de São Paulo possui uma população acima de 12 milhões de habitantes, tendo, grosso modo, em média, 7.200 pessoas vivendo com algum tipo de Doença Rara.

CICLOS DE VIDA

Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social na atenção básica, nas redes temáticas (mulher, população negra, população em situação de rua etc.) e nas redes de atenção nas regiões de saúde (SISPACTO/2018).

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A população envelhece e vem mudando seu perfil epidemiológico com uma carga de doenças e agravos que merecem atenção especial das políticas públicas, na infraestrutura física ofertada, no financiamento adequado, nos serviços disponibilizados, na capacitação profissional, na regulação, na compra e dispensação de medicamentos e insumos, na liberação de leitos hospitalares e de longa permanência, com acolhimento humanizado, entre outras ações.

REGULAÇÃO

A Regulação, no âmbito do SUS regula o sistema de acesso aos serviços e promove a integração das redes municipal e estadual. Integrar os sistemas é uma questão estratégica, que ajuda a organizar as demandas e contribui para melhorar o acesso e a qualidade da assistência.

MODELO DE GESTÃO FUNDAMENTAL PARA EFETIVAÇÃO DO SUS

Modelo de Gestão é o conjunto de normas e princípios que orientam as(os) gestoras(es) na escolha das melhores alternativas de ação para levar a política pública a cumprir sua missão com eficácia, atendendo com qualidade a prestação de serviços de interesse da sociedade.

Para consolidação do SUS, há necessidade do desenvolvimento de um modelo de gestão condizente com suas diretrizes. A principal característica da gestão concebida no SUS é a Gestão Estratégica e Participativa com ênfase no controle social.

A gestão estratégica e participativa do SUS está fundamentada na distribuição de competências entre a União, os Estados e os Municípios, cabendo às três esferas de governo, de maneira conjunta, operar e executar as ações e serviços de saúde; definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde; monitorar o nível de saúde da população e seus indicadores; gerenciar e aplicar de maneira suficiente os recursos orçamentários e financeiros; definir políticas de recursos humanos; realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, com a participação ativa da comunidade e das(os) trabalhadoras(es) em todas essas ações.

Os conselhos de saúde, pelo seu papel de grande relevância pública, constituem uma das principais expressões da democracia participativa, integram a gestão administrativa e participam da formulação, planejamento e controle das políticas públicas, contribuindo para o fortalecimento da relação Estado e Sociedade e para o pleno exercício da cidadania.

As(os) trabalhadoras(es) de saúde no município de São Paulo são constituídos por dois grupos: funcionárias(os) públicas concursadas(os) e trabalhadoras(es) contratadas(os) pelas Organizações Sociais em Saúde OSS. Até fevereiro/2018, havia 32.111 servidoras(es) públicas(os) concursadas(os), e 45.249 contratadas(os) pelas OSS. No entanto, o número de trabalhadoras(es) totais mostra-se insuficiente, chegando até o risco de morte para usuárias(os) de urgência e emergência.

Os hospitais municipais, prontos-socorros, Unidades de Pronto Atendimento – UPA, e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU vivem grande precariedade. Além de insumos, faltam trabalhadoras(es) de todas as categorias, desde a área administrativa, até a assistência direta, incluindo a segurança. Concursos públicos espaçados, ambulâncias em número insuficiente para as dimensões cidade (são apenas 86), manutenção precarizada (houve noites com 54 ambulâncias em operação – Plantão Administrativo e Técnico de Enfermagem – PATE). Na vigilância em saúde não é diferente. Faltam estrutura e recursos humanos, comprometendo a qualidade do serviço.

O retorno de doenças já erradicadas e o surgimento de outras aponta a precariedade do serviço. O resultado dessa situação compromete as condições de atendimento à população: trabalhadoras(es) sofrem com assédio de chefias e com a pressão da população, que tem direito a atendimento digno. Há problemas de fluxos de responsabilidades entre hospitais municipais e coordenadorias regionais de saúde; funcionárias(os) públicas(os) em unidades sob contratos de gestão não têm referência para casos de abusos cometidos por chefias das OSS.

Não é possível fazer saúde sem trabalhadoras e trabalhadores. É preciso fazer a defesa dos serviços públicos, instituindo uma política de gestão de pessoas, buscando evitar a

fragmentação de vínculos nos espaços de trabalho, onde convivem trabalhadoras(es) municipais, municipalizadas(os), federais, agentes comunitários de saúde e contratadas(os) pelas Organizações Sociais. Fundamental também é a manutenção dos espaços de negociação, conforme diretrizes da legislação da Prefeitura Municipal de São Paulo, que orienta a negociação de plano de carreira do SUS, para dirimir os problemas decorrentes da fragmentação de gestão de pessoas na união, estados, DF e municípios, trabalhando conflitos decorrentes de relações e processos de trabalho, contratação de pessoal e outras demandas.

No âmbito do SUS, a organização da atenção à saúde deve considerar seus princípios. Nesta perspectiva, é importante que a assistência seja organizada a partir da Atenção Básica, que é orientadora e ordenadora das redes de Atenção à Saúde, e próxima da vida das pessoas, com cobertura de serviços e ações para 100% da população, em articulação com a média e alta complexidade.

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A CONSOLIDAÇÃO E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Nestes anos de implementação, a Estratégia de Saúde da Família - ESF alcançou melhoria dos indicadores de cobertura vacinal, redução da desnutrição, da morbimortalidade infantil e da mortalidade materna; redução de internações por causas sensíveis à atenção básica (hipertensão e diabetes); melhoria da Educação Popular em Saúde e do acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; redução do número de mortes por causas evitáveis, ampliação do acesso a medicamentos pelo Programa Farmácia Popular, entre outras.

Perguntas estimuladoras para o debate:

- 1.** Que práticas, saberes e tecnologias devem ser incorporadas no modelo de integralidade nos diferentes níveis de atenção, para que as ações do SUS produzam melhorias na saúde das pessoas?
- 2.** Você sabia que a equipe de Saúde Bucal é parte da equipe de Estratégia de Saúde da Família?
- 3.** Em quais indicadores você considera que a ESF tem contribuído para a melhoria da saúde no seu território?
- 4.** Como você avalia os serviços de Atenção Básica, Saúde Bucal, Saúde Mental, Ortopedia, atendimento à Pessoa com Deficiência e à Pessoa Idosa, entre outros, na sua região?
- 5.** Como você avalia que a atenção básica deve estar integrada com a rede para atender as principais demandas?
- 6.** Como se dá a Regulação no município e no Estado? Como superar as limitações?
- 7.** Malária, dengue, zika, chikungunya, febre amarela e outras doenças pareciam erradicadas, no entanto ressurgiram. Outras doenças, como Aids, voltam a recrudescer. Por que isso acontece? Como está a saúde no seu território?

- 8.** Por que o Brasil é campeão mundial em cesarianas? O que pode ser feito?
- 9.** Qual a sua percepção sobre a vacinação?
- 10.** O número de trabalhadoras e trabalhadores nas unidades de seu território é suficiente? Por quê? A capacitação das(os) trabalhadoras(es) está dentro das diretrizes e fluxos da educação permanente (Telessaúde, Escola Municipal de Saúde etc.)?
- 11.** Quais são os grandes desafios para a gestão estratégica e participativa do SUS nos próximos anos?
- 12.** Como assegurar a participação ativa da comunidade na elaboração e execução das ações de saúde no seu território?

EIXO III FINANCIAMENTO DO SUS

A partir da Constituição Federal de 1988, a população brasileira passou a ser inserida num sistema de proteção social, alcançando a seguridade social como um direito universal, que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Apesar do avanço, resultado da legítima disputa dos movimentos sociais, a seguridade social tem sofrido ataques, caracterizados pela política de austeridade fiscal e materializados quando os governos colocam a política econômica como prioridade, ou seja, as metas e resultados fiscais são as principais finalidades de suas ações, subordinando, assim, as políticas da seguridade social a um processo de retirada de garantias e direitos sociais.

O SUBFINANCIAMENTO DO SUS

A conquista de suficiência e estabilidade dos recursos para o sistema público de saúde é fundamental para corresponder tanto às necessidades do sistema quanto aos legítimos anseios da população em torno da defesa do direito constitucional à Saúde e do acesso universal e igualitário às ações e serviços do SUS.

Historicamente, o financiamento da saúde pública no Brasil sempre foi precário. Antes do SUS, o financiamento praticamente se restringia às contribuições das(os) trabalhadoras(es) organizadas(os) que, mais tarde, ficaram vinculadas(os) à Previdência Social. Apesar de tanto a Constituição Federal quanto a Lei Orgânica da Saúde terem previsto fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas de governo, a verdade é que o SUS tem sido subfinanciado desde a sua criação.

O financiamento da saúde pública é precário e agravado por renúncias fiscais e subvenções de dinheiro público, inclusive para o setor privado de saúde, provocando uma expansão da iniciativa privada no SUS.

A HISTÓRICA LUTA PELA REDUÇÃO DA INSTABILIDADE DE FINANCIAMENTO DO SUS

As disputas e embates por recursos financeiros para o desenvolvimento de um SUS público e universal estão presentes na sociedade brasileira desde a sua criação.

Já nos primeiros anos de implementação do SUS, foram várias as iniciativas para viabilizar sua sustentabilidade financeira, mas que não tiveram sucesso, como a União aplicar, no mínimo, 30% do orçamento da seguridade social, e mais 10% das receitas de impostos federais. Ou como a proposta de estados, DF e municípios aplicarem, no mínimo, 10% das receitas resultantes dos seus impostos. Em 1995, a PEC 82 propunha a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). Foram propostas e tentativas frustradas.

Em 1996, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF - Lei nº 9.311/96), com vigência entre 1997 e 2007, quando teve a prorrogação foi vetada pelo Congresso Nacional. Inicialmente destinada integralmente à saúde, não representou acréscimo de financiamento para o SUS e, posteriormente, teve parte do arrecadado

desviado para outros fins, processo denominado DRU- Desvinculação de Receitas da União, um mecanismo que permite ao governo federal desviar 30% do orçamento da seguridade social para o tesouro nacional.

Em 1999, a Emenda Constitucional nº 29 - EC 29 determinou a aplicação de, no mínimo, 12% da receita de impostos e transferências pelos estados e DF e de, no mínimo, 15% da receita de impostos e transferências pelos municípios. O desempenho do PIB ao longo da primeira década do século 21 foi menor que o esperado, o que acarretou a diminuição de participação dos recursos federais em termos percentuais no financiamento do SUS.

A década de 2010 foi iniciada sem que esses conflitos fossem resolvidos. A Lei Complementar 141/2012 regulamentou a EC 29, o que foi um importante avanço, que aumentou a importância dos Conselhos de Saúde no papel propositivo e fiscalizador do SUS, mas não conseguiu solucionar o problema do seu financiamento, pois manteve a regra da forma como estava, sem assegurar novos recursos financeiros para a saúde universal.

O Movimento Nacional em Defesa da Saúde - “Saúde Mais 10” nasceu nesse momento, do diálogo entre diferentes movimentos sociais focados na saúde pública e com o protagonismo do Conselho Nacional de Saúde e de várias entidades nacionais e movimentos sociais, tendo como centralidade a priorização da saúde por meio de mais recursos financeiros para o setor, propondo a necessária alteração da LC 141/2012. Com mais de 2,1 milhões assinaturas, o movimento viabilizou a tramitação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP) 321/2013, que previa a aplicação de 10% da receita corrente bruta da União no financiamento da saúde, mas não foi aprovado.

A luta e a mobilização pelo financiamento adequado ao tamanho dos desafios do SUS não tiveram trégua no controle social. Em continuidade ao movimento Saúde Mais 10, a frente ABRASUS lançou manifesto em defesa do SUS, em 2015. Neste momento, a defesa da aprovação da PEC 01/2015 passou a ser fundamental para a garantia do atendimento gratuito e de qualidade aos brasileiros e às brasileiras, ao assegurar o percentual mínimo da receita corrente líquida para custeio da saúde no Brasil (EC 85).

O AGRAVAMENTO DO SUBFINANCIAMENTO E DESFINANCIAMENTO DO SUS COM A EC 95

A partir de dezembro de 2016, o financiamento do SUS sofreu mais um duro golpe. Foi aprovada a Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos, a EC 95, que ficou conhecida como a “PEC da morte”. Com a EC 95, o financiamento dos direitos sociais, como saúde e educação, estão congelados até o ano de 2036, afetando a vida cotidiana da população, ao reduzir a capacidade de garantia das políticas sociais, particularmente da saúde, dando lugar para a formação de superávit primário para pagamento de juros e amortização da dívida pública.

Na prática, a consequência final desse processo é a deterioração progressiva das condições de saúde da população, pois o desfinanciamento federal do SUS impacta negativamente no financiamento das ações desenvolvidas pela rede de saúde dos estados, DF e municípios. Alguns municípios já investem acima do previsto na legislação, como é o exemplo de São Paulo, que aplica aproximadamente 23% (em vez de 15%) do orçamento, criando uma situação insustentável de possível autofinanciamento crescente, uma vez que muitas despesas são fixas e a população tende a aumentar, bem como suas necessidades em saúde.

Por outro lado, com o processo de envelhecimento da população somado à necessidade de garantir saneamento básico, cobertura universal, pesquisas médicas e de medicamentos, medicamentos e insumos, infraestrutura física, acessibilidade e todas as ações em saúde para a população brasileira, o investimento em saúde gera custo, cujo retorno para o país é sua população mais saudável. Este custo é, portanto, investimento no Brasil.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) lançou o abaixo-assinado contra a Emenda Constitucional nº 95/2016 para ser enviado ao Supremo Tribunal Federal (STF). O objetivo do abaixo-assinado é **impedir a execução ilegal da Emenda Constitucional 95/2016, que substitui o “teto” (limite máximo) de despesas nas áreas de saúde e educação pelo “piso” (limite mínimo) de 2018 até 2036**. Estima-se que, com o congelamento de investimentos, haverá uma redução de R\$ 400 bilhões no orçamento durante esse período. A fixação da regra do “teto” reduzirá, na prática, as despesas por habitante com o SUS, com a educação pública e demais políticas sociais. Ainda que a população cresça nas próximas duas décadas, o governo vai reduzir os investimentos, mesmo diante de direitos básicos, garantidos na Constituição de 1988. “O acesso à saúde e à educação como obrigação do Estado deve estar acima de quaisquer divergências político-ideológicas para a construção de uma sociedade mais justa e fraterna”, conforme pode-se ler no abaixo-assinado.

Perguntas estimuladoras para o debate:

- 1.** Quais são as principais consequências da falta de financiamento ou do financiamento insuficiente do sistema público de saúde na realidade local, regional e nacional?
- 2.** Quais são as principais ações possíveis para a superação do subfinanciamento e desfinanciamento da saúde?