

# 13<sup>a</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

## CARTA ABERTA

### **PELO FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR E DO SUS**

O SUS é uma das maiores conquistas da história recente do povo brasileiro. É resultado da pressão e das reivindicações organizadas por diversos setores da sociedade brasileira na década de 80, uma época de grandes mobilizações visando a redemocratização do país. A luta popular foi de fundamental importância para expandir os direitos humanos, os direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais (Dhescas) para mulheres e homens e também para definir e aprovar um Sistema de Seguridade Social para o país. Esse sistema é constituído por um conjunto integrado de ações que visam garantir a universalização dos direitos à Saúde, Assistência e Previdência Social.

Na Constituição Federal, a Saúde aparece como um direito fundamental de todo cidadão ou cidadã e um dever do Estado. Ou seja, saímos do direito à assistência médica para “alguns” e avançamos no direito humano à Saúde, garantido através de políticas sociais que objetivam a sua promoção, proteção, recuperação e reabilitação. Regulamentado por leis como a 8080/90 e a 8142/90, o SUS se fundamenta nos princípios da descentralização com ênfase na municipalização, no atendimento integral e equânime, bem como na participação e no controle social.

O SUS foi fundamental para recuperar a importância da participação popular e formalizar espaços de controle social, porque teve seu processo de organização e debate iniciado na segunda metade da década de 80, quando o país saía de um longo período de repressão. Foi importante também para tornar a Saúde uma das políticas públicas mais importantes do país. Por se tratar de uma política de Estado, o processo de implementação do SUS é sempre muito participativo e, sobretudo, disputado.

Passadas quase duas décadas desde sua criação, os movimentos sociais têm agora o desafio de participar ativamente da 13<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde. O tema central proposto para a 13<sup>a</sup> CNS - “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, se desdobra em 3 eixos temáticos:

1. Desafios para Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento.
2. Políticas Públicas para a Saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde.
3. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

Os temas em debate são bastante oportunos, principalmente se levarmos em conta o contexto em que acontece a 13ª Conferência Nacional de Saúde e os desafios para efetivar o direito humano à Saúde e o SUS segundo os princípios que o originaram.

No contexto global, estamos vivendo um momento histórico em que o capitalismo assume novas configurações no mundo e segue se estruturando a partir do projeto neoliberal com um modelo de desenvolvimento econômico globalizado.

As principais disputas acontecem entre os países mais ricos e os blocos econômicos que querem impor as regras de globalização da economia. A livre circulação de dinheiro no mundo, o controle dos recursos naturais e o mercado consumidor são o centro dessa disputa.

A ideologia neoliberal defende os interesses dos grandes blocos econômicos e das empresas transnacionais e fortalece a influência das instituições financeiras multilaterais nos países periféricos, ditando como devem ser as políticas públicas implementadas nesses países.

A receita neoliberal recomenda a redução do papel do Estado na promoção das políticas sociais e apresenta como alternativa a privatização dos serviços públicos e a mercantilização dos direitos sociais, criando um ambiente favorável para que qualquer coisa seja ofertada e vendida como mercadoria. Assim, os “direitos” deixam de ser direitos universais e passam a ser “direito” só para quem pode pagar. Isto acontece com a saúde pública no Brasil. Crescem os serviços privados, a medicalização, os planos de saúde e o “desvio” dos recursos públicos para a rede privada, por meio dos convênios com o SUS.

A Constituição Federal Brasileira determina que a descentralização dos serviços de saúde para os municípios seja feita respeitando-se o comando único e os mecanismos e instrumentos de controle social. Mesmo assim, os setores neoliberais almejam transferir para a iniciativa privada a responsabilidade pela execução das políticas sociais. Exemplo disso é a transformação dos hospitais públicos em Fundações Estatais de Direito Privado.

Outra importante conquista dos movimentos é a participação popular nos espaços de controle social por intermédio dos conselhos e conferências de saúde. A democracia que construímos no país pressupõe o diálogo amplo e efetivo entre o Estado e a Sociedade; pressupõe o reconhecimento dos movimentos sociais como legítimos interlocutores de suas reivindicações e ainda a transparência das informações, das decisões e da gestão dos bens públicos. Mas, lamentavelmente, alguns setores ainda tratam a população como despreparada para construir projetos políticos.

Todo esse contexto ajuda a explicar porque é tão desafiador consolidar o SUS segundo os princípios que o originaram. Explica, também, porque há falta de sintonia entre o que a legislação determina, o que o Judiciário assegura e o que o Executivo tem condições reais de cumprir.

Para efetivar o direito humano à saúde e consolidar o SUS como uma política de Estado, é necessário fazer maior investimento financeiro no setor, mudar o modelo de atenção e de gestão da saúde pública e qualificar o controle social. Faz-se necessário, também, fortalecer o Estado brasileiro democrático, de direito e laico como principal executor das

políticas públicas; assegurar os direitos humanos, civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, e, sobretudo, romper com os padrões de pobreza e, especialmente, de desigualdade socioeconômica e cultural do modelo de desenvolvimento neoliberal.

Mesmo que tenhamos registrado avanços significativos na política de saúde nos últimos anos, os indicadores do país ainda apresentam uma realidade preocupante. Persistem muitos casos de dengue, malária, tuberculose, hanseníase, morte materna, morte infantil, etc. Há graves problemas ambientais como a poluição, desertificação, desmatamento, uso irracional de recursos não-renováveis, questões de biodiversidade e produtos transgênicos - para citar alguns - que colocam em risco a vida desta geração e das gerações futuras. Também são alarmantes e vergonhosos os elevados índices de morte e de doenças geradas pelo descaso patronal com a proteção da saúde dos trabalhadores, resultado de uma lógica predatória de exploração do trabalho que desconsidera os limites humanos. Isso tudo tem por trás um modelo de desenvolvimento nocivo que prevalece no mundo e também no Brasil.

Por isso, na 13ª CNS, vamos defender um **desenvolvimento sustentável e solidário** orientado para:

- a promoção da igualdade com respeito aos direitos humanos, combatendo todas as formas de discriminação e violência de gênero, raça/cor, etnia, idade, orientação sexual e na condição física;
- a implementação de políticas e estratégias adequadas à realidade local e às necessidades da população, tanto rural quanto urbana;
- a transformação e a redução das desigualdades, comprometido com a soberania e segurança alimentar, com o manejo sustentável dos recursos naturais e com o respeito às culturas e ao saber popular;
- a tolerância às diversas manifestações religiosas, mas que na implementação das políticas públicas seja autônomo e independente do poder das instituições religiosas;
- assegurar qualidade de vida para toda a população que vive e trabalha no campo, na floresta e na cidade, e, sobretudo, para as gerações futuras.

Vamos reafirmar os princípios da **universalidade, equidade e integralidade**, tendo como perspectiva o fortalecimento da participação popular e o controle social das políticas e dos serviços de atenção à saúde dentro do SUS, enfrentando a resistência dos setores hegemônicos da medicina e do sistema de saúde privado.

Vamos apresentar propostas para avançar na efetivação de políticas intersetoriais, enfocando a promoção da saúde, universalização do acesso, qualidade das ações assistenciais, atendimento humanizado, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com o envolvimento das três esferas de governo.

Por essas razões, convocamos todos e todas que lutam pela efetivação do SUS a articular forças políticas para se contrapor à lógica neoliberal e defender propostas de políticas sociais e econômicas que estejam orientadas para a implementação do desenvolvimento sustentável e solidário que queremos, com promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade.

A Conferência não é um ponto de chegada, mas um ponto de partida na conquista do direito humano à Saúde, através do fortalecimento do SUS. Por isso, a necessidade de se implementarem formas de monitoramento e prestação de contas, preferencialmente

coordenadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Levar a sério o debate da Conferência é priorizar o encaminhamento de suas diretrizes no cotidiano da ação do gestor e do conselho. Primeiro, as diretrizes da Conferência devem se transformar imediatamente em *Plano de Saúde* com metas, orçamentos e responsáveis. Segundo, os agentes do controle social, especialmente organizações, fóruns e conselhos de saúde precisam fazer um monitoramento periódico que pode ser através de comissões específicas ou de plenárias e audiências, para garantir que as proposições sejam transformadas em políticas públicas de saúde e em qualidade de vida para os brasileiros e brasileiras. Isto certamente legitimará a Conferência e representará um gesto de respeito e compromisso com a participação cidadã. Além do mais, pode contribuir, desde já, para se pensar temática e metodologicamente as próximas conferências.

Para a 13ª Conferência, propomos quatro pontos estratégicos a serem aprofundados e deliberados: **o modelo de atenção, o modelo de gestão, o financiamento para saúde, e o fortalecimento e qualificação da participação popular.**

### **1) MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE**

A atenção à saúde, desde o acesso ao serviço, o atendimento humanizado, resolutividade do problema e/ou encaminhamento e acompanhamento adequado, depende diretamente da concepção e do modelo que a orientam. Saúde pública não deve ser entendida como saúde barata e de pouca qualidade para grupos focalizados. Também não pode se restringir ao Programa (ou Estratégia) Saúde da Família (PSF). Ela deve ser para todos em tudo e organizada a partir de regiões sanitárias (organizar a rede de atendimento por critérios territoriais, epidemiológicos, políticos, entre outros) garantindo fluxo de referência e contra-referência, desde a atenção básica até a média e alta complexidade, priorizando a prevenção e a promoção, sem prejuízo das ações de recuperação.

Somente dessa forma, estaremos construindo um modelo qualificado que garantirá a universalidade, integralidade e equidade na saúde.

### **PROPOSTAS**

a) *Educação em saúde*: um processo qualificado de educação em saúde e divulgação do SUS, com envolvimento de gestores, profissionais, prestadores de serviço e comunidade em geral, combatendo o modelo hospitalocêntrico e mercantilista e afirmando a saúde como direito humano e qualidade de vida;

b) *Organização da Rede de Atenção com fluxo de referência e contra-referência*: o usuário deve ter acesso ao SUS em local próximo de sua casa e, uma vez acolhido pelo Sistema, este deve se responsabilizar por todo o atendimento, dando os encaminhamentos necessários de forma imediata e continuada;

c) *Equipes multiprofissionais qualificadas, valorizadas e compromissadas efetivamente com o SUS*: os profissionais que integram as equipes devem conhecer a realidade e as necessidades da população atendida e cuidar do ambiente que afeta a saúde das pessoas. Porém, a implementação de equipes não pode ser a única estratégia de atenção à saúde;

d) *Pronto Atendimento qualificado junto à atenção básica*: atendimento imediato, humanizado e de qualidade às pessoas que buscam serviços de saúde nas unidades básicas, com horário de atendimento expandido à noite e nos fins de semana;

e) *Integração das práticas complementares ao SUS*: práticas como fitoterapia, acupuntura e outras, que valorizam os diversos saberes e culturas, colaboram para a efetivação do direito à saúde e devem ser incorporadas ao SUS;

f) *Cartão SUS*: que seja integrado em rede nacional para contribuir efetivamente na organização do Sistema.

## **2) MODELO DE GESTÃO DO SUS**

O modelo de gestão é fundamental para a organização e o funcionamento do SUS. Ainda não enfrentamos, na gestão do SUS, três questões fundamentais: a) quadro de trabalhadores/as de saúde para o SUS; b) fortalecimento da estrutura pública para o SUS; c) organização regionalizada do Sistema.

Para realmente fazer saúde e deixar de ser um meio para canalizar os usuários para o mercado (setor privado), o SUS precisa de um quadro de trabalhadores com dedicação exclusiva e com contratação e remuneração justa, a partir de um Plano de Carreira, Cargos e Salários e de uma política séria de formação continuada para os trabalhadores do Sistema. É preciso ser radicalmente contra o avanço da terceirização dos serviços da saúde, receba ela o nome que for: Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPIs) ou ainda Fundações Públicas de Direito Privado.

Outro desafio central em relação à gestão do SUS é priorizar e fortalecer a sua estrutura pública. O Sistema sempre foi (e vem sendo cada vez mais) “refém” da estrutura privada que, por sua vez, acaba ficando com a maior parte dos recursos públicos e, geralmente, penaliza os usuários com cobranças. O Estado brasileiro, nas três esferas de governo, tem o dever de ampliar, reorganizar e qualificar a estrutura pública. Quando recorrer ao setor privado para complementar os serviços da rede pública, este deve se submeter às regras do SUS conforme previsto na Constituição.

Ainda outro desafio para a gestão do SUS é a organização e funcionamento da rede de forma hierarquizada e regionalizada. As Regiões Sanitárias precisam deixar de ser um mero desenho e se transformarem em redes de referência e contra-referência através da pactuação dos serviços entre os gestores. Só assim os usuários e gestores deixarão de ser vítimas do “pagamento da diferença” e/ou da “consulta social” ou, ainda, da espera em longas filas e da pressão para o pagamento de consulta particular. O compromisso de todos os gestores e dos demais agentes do direito humano à saúde, especialmente os fóruns e conselhos, é fundamental para o enfrentamento destas questões.

## **PROPOSTAS**

a) *Valorização e qualificação dos trabalhadores que atuam no SUS*: com contratação por meio de concurso público, com remuneração justa a partir de um Plano de Carreira,

de Cargos e Salários, com incentivo para dedicação exclusiva, e com formação profissional continuada;

b) *Plano de metas, a médio e longo prazo, para ampliar a estrutura pública do SUS:* no processo de planejamento da saúde, definir como, quando, quem, onde, com que recursos e quanto investir para ampliar e qualificar a estrutura pública do SUS;

c) *Qualificação do controle e fiscalização dos serviços privados em saúde:* com o fortalecimento dos instrumentos e mecanismos de regulação, controle e fiscalização do setor privado, que deve subjugar-se à regulamentação pública ao prestar serviços ao SUS;

d) *Regionalização dos serviços de saúde:* com a organização do fluxo em rede de referência e contra-referência com uma central de regulação e pactuação de serviços, preferencialmente públicos, entre os gestores;

e) *Implementação do Pacto pela Saúde:* termos de compromisso entre gestores das três esferas de governo para ampliar e pactuar as metas de saúde;

f) *Implementação dos Colegiados de Gestão Regional,* previstos no Pacto pela Saúde, com a participação da comunidade.

### **3) FINANCIAMENTO PARA A SAÚDE**

Sem dinheiro, qualquer proposta, por mais importante que seja, não passa de boa intenção. O gestor que se diz comprometido com o SUS mas não põe dinheiro para sua efetivação, cumprindo sequer o mínimo exigido por Lei, está profundamente equivocado ou mal intencionado. É chegado o momento da sociedade exigir que o Estado amplie o financiamento para a Saúde. Sem recursos estabelecidos de forma “suficiente” e “definitiva”, e gastos com seriedade e transparência, o SUS jamais será universal e de qualidade.

Neste sentido, repudia-se o contingenciamento de recursos da saúde como aconteceu mais uma vez no início de 2007, na esfera federal; a Desvinculação de Recursos da União e todas as propostas que sugerem esse procedimento para os estados e municípios. Repudiamos ainda o não cumprimento da EC-29 pela maioria dos estados.

### **PROPOSTAS**

a) *Regulamentação da EC-29:* efetivação do comprometimento dos parlamentares e gestores públicos com a regulamentação da EC-29, segundo o PLP 01/03 do Deputado Roberto Gouveia que, entre outras ações, amplia para no mínimo 10% os recursos da União a serem vinculados à Saúde;

b) *Cumprimento da EC-29:* que os 20 estados que não investiram os 12% dos recursos próprios em saúde (conforme SIOPS) o façam daqui para frente e, também, que paguem as dívidas anteriores;

c) *Funcionamento dos Fundos de Saúde:* que as três esferas de governo transfiram, no ato de recolhimento dos impostos e contribuições, o percentual mínimo de recursos

definidos em lei para o Fundo de Saúde, conferindo autonomia de gestão para o responsável pela pasta da Saúde;

d) *Qualificação do Sistema de Informação*: sistema qualificado de informação, alimentado automaticamente com as receitas e despesas e disponibilizado mensalmente aos agentes do controle social, de forma simples e compreensível;

e) *Regulamentação/limitação das Emendas Parlamentares*: que todas as Emendas Parlamentares destinadas à área da Saúde sejam destinadas, exclusivamente, para instituições públicas e discutidas e aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde, para se garantir a integração ao planejamento do SUS.

#### **4) FORTALECIMENTO E QUALIFICAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR**

A participação da comunidade é essencial para o funcionamento do SUS. Gestores que não potencializam a participação da comunidade são antidemocráticos e desrespeitam a lei, uma vez que a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde os obriga a isso. Promover a participação requer, além da postura de diálogo e compartilhamento de poder, investimento em informação e comunicação, formação e estrutura. Para a efetiva participação da comunidade não basta simplesmente implementar os conselhos de saúde. É fundamental que lideranças e conselheiros de saúde, amplamente informados e articulados com a comunidade organizada, tenham condições para exercer com seriedade e eficiência o papel de proposição de políticas e estratégias, que monitorem e controlem sua execução bem como seus resultados.

#### **PROPOSTAS**

a) *Formação para lideranças da saúde*: política permanente de formação dos agentes promotores do direito à Saúde, com vistas à ampliação e qualificação da participação da comunidade no SUS, considerando os contextos e necessidades locais, bem como as experiências bem sucedidas já desenvolvidas, especialmente através da educação popular;

b) *Política de informação e comunicação*: política qualificada de produção e disseminação de informação para o exercício do controle social em saúde, especialmente no que diz respeito aos direitos do usuário, ao planejamento, à organização e funcionamento do Sistema e à gestão dos recursos;

c) *Estrutura adequada para o funcionamento dos conselhos de saúde*: que se preveja recursos para estruturação das condições operativas dos Conselhos, incluindo espaço físico, telefone, fax, computador, internet, carro, recursos para viagens de conselheiros, etc. Não significa, porém, que esta estrutura deva ser de uso exclusivo do conselho;

d) *Promoção da imagem do SUS*: ações permanentes de marketing do SUS que incluam a divulgação de seus princípios, mas, sobretudo, de seus feitos, a partir de dados qualitativos e quantitativos e de comparações com outros sistemas ou planos, fazendo frente à permanente propaganda do modelo hospitalocêntrico de saúde promovida pela iniciativa privada.

Brasília, outubro de 2007

**Subscvem**

**Articulação de Mulheres Brasileiras – AMB**

**Articulação de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB**

**Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP**

**Centro Nordestino de Medicina Popular - CNMP**

**Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG**

**Central de Movimentos Populares – CMP**

**Central Única dos Trabalhadores - CUT**

**Confederação Nacional de Associações de Moradores – CONAM**

**Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social–CNTSS/CUT**

**Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR**

**Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar – FETRAF-BRASIL**

**Fórum Social Mundial da Saúde**

**Fórum Sul da Saúde**

**Liga Brasileira de Lésbicas – LBL**

**Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase- MORHAN**

**Movimento Popular de Saúde – MOPS**

**Coletivo Nacional de Saúde do MST**

**Rede de Usuários do SUS - RUS**

**Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**