

CONFERÊNCIA LIVRE: SAÚDE E EDUCAÇÃO

SUMÁRIO:

1. Regimento
2. Programação
3. EIXO TEMÁTICO I: SAÚDE COMO DIREITO
4. EIXO TEMÁTICO II - CONSOLIDAÇÃO DO SUS
5. EIXO TEMÁTICO III - FINANCIAMENTO DO SUS
6. Modelo para Discussão nos Grupos

Comissão Organizadora

- Assessoria para a área da saúde: Cristina G. Alvim
- Rede de Saúde Mental: Claudia Mayorga
- Faculdade de Farmácia: Maria Gabrielle de Lima Rocha
- Escola de Enfermagem: Kátia Ferreira Costa Campos e Lívia de Souza Pancrácio de Errico
- Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional: Fabiane Ribeiro Ferreira
- Escola de Odontologia: Janice Simpson de Paula e Marcos Azeredo Furquim Werneck
- Faculdade de Medicina: Eli Iola Gurgel Andrade
- Hospital das Clínicas: Andrea Silveira e Fabiana Kakehasi
- Hospital Risoleta Tolentino Neves: Alzira de Oliveira Jorge

Universidade Federal de Minas Gerais

10 de abril de 2019

REGIMENTO DA CONFERÊNCIA LIVRE “SAÚDE E EDUCAÇÃO”

Rumo a 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8ª+8)

INTRODUÇÃO

Atendendo à convocação do Conselho Nacional e Estadual de Saúde e reforçando sua tarefa institucional na construção de uma sociedade democrática, participativa e livre, a UFMG decidiu organizar e sediar a Conferência Livre “Saúde e Educação”.

As Conferências de Saúde têm sua relevância reconhecida para o fortalecimento do processo democrático de participação social na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. Ocorrem a cada quatro anos, sendo convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho Nacional de Saúde e conta com a representação dos vários segmentos sociais. Tem por objetivo construir diretrizes para formulação de políticas públicas de saúde (Plano Plurianual de 2020-2023) que atendam aos anseios e necessidades da população. A Resolução CNS no. 570 de 31 de janeiro de 2018 aprovou a realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde com a temática: “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”, nos dias 04 a 07 de agosto de 2019, em Brasília/DF.

A realização das conferências livres faz parte das etapas de realização da 15ª Conferência Municipal de Saúde de BH, 12ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais e 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e são compreendidas como os debates, encontros e plenárias com o objetivo de ampliar a participação popular nos debates dos temas propostos.

A finalidade da Conferência Livre Saúde e Educação, sediada na UFMG, é promover a reflexão sobre o momento atual e mobilizar a comunidade acadêmica e a sociedade em defesa do SUS. Sempre é oportuno lembrar o registro legal deste evento e o acúmulo de ações produzidas, destacando-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, berço do SUS. É necessário observar o complexo contexto atual da saúde, suas contradições e perigosos retrocessos. São muitos desafios. A defesa do SUS depende da formulação de políticas que possam desenvolvê-lo na direção da superação de seus gargalos, que não são poucos. O SUS tem sofrido violentos ataques aos seus princípios e diretrizes realizados por forças que buscam uma contratação social para esse direito aos moldes anteriores a 1988. 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 exemplos para o mundo.

CAPÍTULO I - DO TEMA

Art. 1º - A Conferência Livre “Saúde e Educação” tem como tema: “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”.

§1º - A Conferência Livre “Saúde e Educação” atende aos eixos temáticos da 16ª Conferência Nacional de Saúde:

- I. Saúde como direito;
- II. Consolidação dos princípios do SUS;
- III. Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

CAPÍTULO II - DA NATUREZA E OBJETIVOS

Art. 2º - A Conferência Livre “Saúde e Educação” está inserida nas etapas municipal e estadual da 16ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto Presidencial nº 9.463, de 08 de agosto de 2018, publicado no Diário Oficial da União de 10 de agosto de 2018. Tem por objetivos:

- I. Debater o tema Saúde e Educação com enfoque na saúde como direito e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- II. Pautar o debate e a necessidade da garantia de financiamento adequado e suficiente para o SUS;
- III. Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, para garantir a saúde como direito do cidadão brasileiro, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e nas Leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
- IV. Mobilizar e estabelecer diálogos com a comunidade acadêmica e usuários acerca da formação para o SUS, com foco na saúde como direito e em defesa do SUS;
- V. Fortalecer a participação e o controle social no SUS, com representação das Instituições de Educação Superior, nas etapas municipal, estadual e nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde;
- VI. Despertar o debate, na comunidade acadêmica, sobre as possibilidades sociais e políticas de barrar os retrocessos no campo dos direitos sociais, bem como da necessidade da democratização do Estado, em especial as que incidem sobre o setor saúde, com inserção do tema na grade curricular, como tema transversal, dos diversos cursos da saúde;
- VII. Elaborar propostas para compor as diretrizes de políticas públicas dos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, que contemplem a relação entre as Instituições de Educação Superior e o SUS, buscando atender à necessidade de fortalecimento e aprimoramento da formação em saúde.

CAPÍTULO III – DA RESPONSABILIDADE PELA REALIZAÇÃO DA CONFERÊNCIA LIVRE “SAÚDE E EDUCAÇÃO”

Art. 3º - A responsabilidade pela realização da Conferência Livre “Saúde e Educação”, incluindo Relatório Final e encaminhamentos, será de competência da Comissão de Organização nomeada por Portaria nº 076/2019, da Reitoria da UFMG.

§1º - O Relatório Final deverá ser enviado às Comissões Organizadoras das Etapas Municipal e Estadual até o dia 24 de abril de 2019.

Art. 4º - A Plenária da Conferência Livre “Saúde e Educação” deverá incentivar que, para a eleição de Delegadas e Delegados, candidatem-se pessoas que não tenham sido eleitas em outras conferências e que tenham demonstrado compromisso ético e político com o tema central da 16ª CNS (=8ª+8).

CAPÍTULO IV - DA ORGANIZAÇÃO DA CONFERÊNCIA LIVRE “SAÚDE E EDUCAÇÃO”

Artigo 5º – A programação da Conferência Livre “Saúde e Educação” incluirá:

- I. Cerimônia de abertura;
- II. Mesa redonda seguida de debate sobre o tema da 16ª CNS, com enfoque na relação entre saúde e Educação;
- III. Discussões em grupos de trabalho distribuídos nos três eixos temáticos da 16ª CNS;
- IV. Plenária final.

Artigo 6º – Os grupos de trabalho (GT) serão constituídos pelos participantes da Conferência Livre “Saúde e Educação”, distribuídos entre os três eixos temáticos: Eixo 1 - Saúde como Direito; Eixo 2 - Consolidação dos SUS; Eixo 3 - Financiamento do SUS.

§1º - Cada GT elegerá um coordenador e um relator indicados pelo próprio grupo, orientados por um facilitador, indicado pela Comissão organizadora.

§2º - Cada GT lerá o texto de referência com pré-propostas norteadoras da discussão sobre o tema do Eixo. As pré-propostas tem como finalidade motivar o debate e poderão serem reformuladas e/ou acrescidas novas.

§3º - O GT se dividirá em subgrupos de 10 a 15 pessoas para discussão das propostas por um tempo definido pelo facilitador, membro da Comissão Organizadora.

§4º - Após a discussão nos subgrupos, o GT debaterá para escolher e elaborar as propostas a serem votadas na Plenária. Serão encaminhadas à votação da Plenária: 5 propostas para a Conferência Municipal; 5 propostas para a Conferência Estadual e 5 propostas para a Conferência Nacional. O GT pode optar por serem propostas diferentes em cada nível ou repetir algumas ou todas em mais de um nível.

§5º - As propostas deverão contemplar a relação entre saúde e educação, com ênfase na formação de novos profissionais e educação permanente para o SUS, dentro do subtema discutido no grupo.

Artigo 7º – A plenária final Conferência Livre “Saúde e Educação” terá como objetivos votar as propostas a serem encaminhadas e eleger delegados que representarão as instituições de educação superior de Belo Horizonte nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde.

§1º - As propostas dos GT para cada Eixo temático serão apresentadas para votação na Plenária. Serão escolhidas 3 propostas para a Conferência Municipal; 3 propostas para a Conferência Estadual e 1 proposta para a Conferência Nacional de Saúde.

§2º - A plenária final, caso haja quórum suficiente (100 participantes inscritos), elegerá para a Conferência Municipal: 01 delegado trabalhador; 02 delegados usuários e 01 delegado gestor; e para a Conferência Estadual: 01 delegado trabalhador e 02 delegados usuários.

Programação:

13:00h – Inscrições, credenciamento e entrega do regimento para leitura

14:00h – Mesa de Abertura

14:30h – Mesa Redonda (exposições breves, 15 minutos cada)

- SUS: breve história e situação atual de financiamento – Profa. Alzira De Oliveira Jorge (Hospital Risoleta Tolentino Neves)
- Saúde como Direito e a Formação Profissional para atuar no SUS – Profa. Lívia de Souza (Escola Enfermagem)
- A relação ensino-serviço no e para o SUS em Belo Horizonte - Diego Pereira (Gerência de Educação em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte)

Debate e aprovação do Regimento

15:30 às 17:00h – Grupos de Trabalho (GT)

Dinâmica dos GT:

- Os GT serão organizados por Eixos, 1, 2 ou 3, compostos por em torno de 40 pessoas (dependendo do número de inscritos) e divididos em salas separadas.
- Serão entregues aos grupos de trabalho um breve texto explicativo sobre cada tema e algumas pré-propostas elaborados pela Comissão Organizadora.
- Em subgrupos menores (+- 10 pessoas), as propostas serão debatidas, aprimoradas e novas propostas podem ser elaboradas.
- Em seguida, cada GT deverá discutir as propostas dos subgrupos e elaborar um consolidado para ser levado à votação na Plenária.

Eixo 1 - Saúde como Direito: sala S146 (Faculdade de Medicina)

- Eixo 2 - Consolidação dos SUS: sala 459 (Faculdade de Medicina)
- Eixo 3 - Financiamento do SUS: sala 319 (Faculdade de Medicina)

17:00 às 18:00h – Plenária

A plenária terá como objetivo votar nas propostas a serem encaminhadas às Conferências Municipal e Estadual e, se possível (>100 participantes), eleger os/as delegados/as.

EIXO TEMÁTICO I: SAÚDE COMO DIREITO

A saúde é parte integrante da Declaração Universal de Direitos Humanos, de 1948, que em seu artigo 25 afirma que *"Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle."*

O conceito de saúde decorrente dessa declaração exige que saúde seja entendida como direito humano, o qual deve ser universal, indivisível e interdependente. O conceito de "pessoa" que está registrado no documento reconhece a diversidade humana e as condições de adversidade que mulheres e homens estão submetidos por condições estruturais e conjunturais que não estão totalmente sob sua capacidade de superação. 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, não devendo haver privilégio de uns em detrimento de outros. A indivisibilidade dos direitos significa que direitos outros, como: educação, moradia, alimentação, emprego e renda são também fundamentais para que as pessoas possam ter saúde, portanto, não devemos separar os direitos, entendendo que um não é mais importante que o outro, pois todos são fundamentais para o bem viver. A Constituição Brasileira de 1988 registra esse reconhecimento, quando absorve o conceito ampliado de saúde no entendimento do que ela representa para as pessoas e coletividades.

Este conceito de saúde como direito humano teve sua concepção referendada pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que agregou profissionais de saúde, professores universitários, lideranças sindicais e comunitárias, que juntos lutavam por um novo modelo de sociedade e de estado que garantisse direitos sociais a todos os brasileiros. Este movimento culminou com a realização da **VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986**. Para muitos, esta conferência é lembrada como "um divisor de águas" da democracia participativa, por ter sido a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à participação da sociedade, e que confirmou o conceito ampliado de saúde, onde saúde deixa de ser um conceito estanque – ausência de doenças, e passa a agregar fatores determinantes e condicionantes, de forma intersetorial. Além dessa importante contribuição, a **8ª CNS inspirou a formulação das bases para a seção "Da Saúde" da Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988, a qual definiu a Saúde como Direito de todos e Dever do Estado, indicando os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS)**. A Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 19 de setembro de 1990 - Lei 8080/90, regulamenta o SUS, dispondo sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Esta Lei foi complementada por outra a Lei nº 8142/90 que regula a participação social, por meio das instâncias de controle social instituídos: Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.

A partir da Constituição, com o reconhecimento legal da saúde como direito e dever do Estado, rompe-se o modelo de organização da Atenção à Saúde estruturado em um sistema de saúde público focalizado que só atendia aos contribuintes da previdência social, isto é, trabalhadores do mercado formal de trabalho. O acesso a ações e serviços se torna UNIVERSAL, ficando assim reconhecido que é direito de cidadania e que o conjunto de impostos e contribuições que todos os brasileiros e brasileiras recolhem regularmente às esferas de governo deve ser a fonte da sustentabilidade dessas ações. Não há gratuidade na sustentação do sistema de saúde: as fontes que mantêm os orçamentos fiscais e da seguridade social tem como contribuintes as pessoas físicas e jurídicas que circulam pelo território.

A CF/1988 deu materialidade legal para a "Saúde como Direito de todos e Dever do Estado", o que não significa que a conquista legal tenha deixado de travar disputas com a tendência mercantilista de saúde e com o modelo de sociedade que a sustenta. Esta conquista constitucional foi apenas um passo deste processo de luta que

vem sendo desencadeado cotidianamente pela mobilização da sociedade, principalmente pelas instâncias de Controle Social, ao longo destes 30 anos. Avanços importantes no acesso às ações e serviços de saúde são visíveis, tais como a relevância e referência na área de imunizações, a melhoria de indicadores de saúde como mortalidade infantil e materna, acesso a toda população à atenção básica, o tratamento integral e gratuito para usuários com AIDS, a oferta gratuita de medicamentos para as principais doenças que acometem a população, a implantação do SAMU, das UPAs, da vigilância a saúde, e das Redes de atenção a saúde, e tratamentos quase que exclusivos ofertados pelo SUS, como a maior parte dos atendimentos de urgência e emergência, diálise, tratamentos na área da oncologia, cirurgias cardíacas e transplantes, que é hoje o maior programa público do mundo. A negação desses avanços é argumento político dos setores que pretendem destruir estas conquistas.

Outro exemplo significativo constitui-se das ações e atuação do Controle Social neste movimento de construção e reafirmação do SUS como direito no Brasil. Ao lado da Saúde como Direito, a Constituição investe o cidadão de poder para realizar o Controle Social, isto é, a fiscalização, monitoramento e o controle das ações da Administração Pública. Desta forma, pretende-se garantir a participação de atores sociais historicamente não incluídos nos processos decisórios do país com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde. O controle social tem como instâncias oficiais os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde. Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde. As Conferências de Saúde consistem em fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários), para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

Juntamente com a gestão destas instâncias e de outras redes de articulação em prol da garantia da participação social, o desafio que se coloca é a criação de uma eficiente rede de informação e comunicação ao cidadão sobre estes espaços de participação e ainda fazer com que o cidadão perceba o seu papel fundamental na reivindicação pelo direito à saúde e pelo controle social do SUS.

Destaca-se ainda, o papel estratégico que tem o controle social na avaliação ética em pesquisa envolvendo seres humanos e na autêntica defesa dos sujeitos de pesquisa. Esse controle vem sendo realizado por meio da atuação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que implementa as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

1) Como a formação acadêmica pode contribuir na garantia do direito à saúde para os grupos populacionais?

2) Como a formação acadêmica pode contribuir para os movimentos de mudança necessários, considerando que a Saúde é determinada pelas dinâmicas de marginalização, dominação e exploração que produzem e reproduzem as iniquidades sociais, influenciando os processos que tornam coletivos e pessoas vulneráveis?

3) Quais obstáculos/dificuldades são percebidos nos diferentes territórios para que as pessoas tenham o direito à saúde? As condições e fatores que expõem as pessoas a condições de vulnerabilidade são reconhecidas?

PRÉ-PROPOSTAS

1. Defesa intransigente da Saúde como um direito social, fundado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que deve garantir o acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme a Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988.

2. Garantir a participação popular democrática na saúde e educação, acompanhados e fiscalizados por meio dos conselhos e conferências.

3. Promover uma maior integração entre as políticas de saúde e educação com as instituições de ensino superior de forma a garantir a formação adequada dos trabalhadores necessários a estes setores, bem como estimular o desenvolvimento de programas de educação permanente que apoie a qualificação e atualização destes profissionais.

4. Reafirmar os processos que garantam a interlocução entre as Instituições de Educação Superior e o SUS para o desenvolvimento do debate crítico das questões relativas à estruturação contínua do SUS, bem como da articulação entre os interesses e necessidades que orientam o trabalho coletivo de atenção à saúde.

5. Garantir a formação crítica na Universidade, tendo como orientação o pressuposto que a saúde é um direito, pela estruturação de processos e ou mecanismos que promovam a interlocução entre as diferentes áreas de conhecimento, para reconhecer, analisar e determinar os compromissos e responsabilidades destas para a promoção e proteção deste direito.

6. Consolidar os mecanismos de interlocução entre as instituições de ensino superior e o Conselhos de Saúde pela organização e desenvolvimento de ações que auxiliem na garantia do exercício do controle social do SUS pela população.

EIXO TEMÁTICO II - CONSOLIDAÇÃO DO SUS

REAFIRMAR OS PRINCÍPIOS DO SUS

Neste momento, a 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) tem como um dos seus objetivos reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS: sua universalidade, integralidade e equidade. São necessárias políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e leis orgânicas. É fundamental a reafirmação das diretrizes que devem nortear a formação de pessoas para atuar no SUS no sentido de favorecer sua consolidação.

O SUS pode ser entendido a partir de um núcleo comum (único) no qual concentra-se os seus princípios, sejam eles:

- **Universalidade:** todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde.
- **Equidade:** tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
- **Integralidade:** considera a pessoa como um todo levando em conta os aspectos envolvidos na vida do ser humano. Para isso são necessárias a integração de ações e a articulação da saúde com outras políticas públicas.

Os princípios organizativos tratam da sua organização a partir dos princípios doutrinários e orientam o processo a fim de concretizar o SUS na prática. São eles:

- **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em rede de atenção, em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida.
- **Descentralização e Comando Único:** redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Quanto mais perto estiver do cidadão, mais chance de acerto, pois está mais próximo da realidade e da possibilidade de a sociedade exercer o Controle Social.
- **Participação Social:** o conceito de participação social incorporado ao SUS deve estar conectado com o de democracia participativa, onde a população torna-se sujeito ativo da política pública de saúde e não apenas receptor desta. É a comunidade propondo e definindo o serviço público que ela deseja, participando do poder decisório, e radicalizando na democracia.

O MODELO DE GESTÃO FUNDAMENTAL PARA EFETIVAÇÃO DO SUS

Do ponto de vista do Estado, o modelo de gestão caracteriza-se como sendo o conjunto de normas e princípios que orientam os gestores na escolha das melhores alternativas e estratégias de ação para levar a política pública a cumprir sua missão com eficácia e atendendo com qualidade a prestação de serviços de interesse da sociedade. Para a consolidação do sistema de saúde 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, que compreende todos os mecanismos de deliberação e de gestão compartilhados, valorizando e fortalecendo os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os Conselhos e as Conferências de Saúde, instrumentos essenciais na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

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 em todas essas ações.

IMPORTÂNCIA DE UM MODELO DE ATENÇÃO QUE ATENDA AOS PRINCÍPIOS DO SUS E SEJA RESOLUTIVO

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Ao longo dos anos de implementação do SUS trava-se uma disputa para a substituição do modelo centrado nas ações médico-curativas, excessivamente especializado, de alto custo e baixa resolutividade, com ênfase no cuidado fragmentado e no ambiente hospitalar e, portanto, não estruturado, não centrado no cidadão, por um modelo de atenção que conjugue, integralmente, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida de todos os cidadãos.

Para produzir e conduzir as ações de saúde faz-se necessária uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença seja o resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos. Nesse sentido, instituições formadoras de recursos humanos para SUS tem papel fundamental.

AS CARACTERÍSTICAS DO MODELO DE ATENÇÃO PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS

O modelo de atenção idealizado para o SUS precisa preconizar as seguintes questões:

- Integralidade do cuidado
- Garantia do acesso
- Regionalização e descentralização dos serviços
- Ações humanizadas e resolutivas de saúde e voltadas às necessidades de toda a população
- Ações de planejamento e avaliação que respeitem as diferentes necessidades e problemas de saúde locais e regionais
- Intervenção nos problemas de saúde de forma mais precoce e longitudinal, ou seja, com possibilidades de acompanhamento dos indivíduos em seus contextos familiares e territoriais.

Nesta perspectiva, é importante que a assistência seja organizada pela lógica da centralidade de uma Atenção Básica orientadora e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, descentralizada, próxima da vida das pessoas, com cobertura de serviços e ações para 100% da população, em articulação com demais dimensões do sistema, como a média e alta complexidade, que devem estar organizadas quantitativamente e qualitativamente para garantir a integralidade do Sistema.

A DEFESA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) PARA A CONSOLIDAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO RESOLUTIVO

- Modelo de cuidado centrado em pessoas, aumentando a integralidade e o custo-efetividade;

- Atenção longitudinal por uma mesma Equipe de Profissionais cuidando das pessoas, inseridas em seus territórios e construindo suas comunidades, em diferentes momentos de seus ciclos de vida, sem restrições por conta de etnia, orientação sexual, identidade de gênero ou estrato social, o que determina melhores indicadores sócio- epidemiológicos;
- A Atenção Básica como porta de entrada mais coerente e adequada ao sistema; Aumento da resolutividade de ações;
- Afirmação da Atenção básica como melhor cenário para formação de profissionais orientados para atuarem na lógica de um Sistema de Proteção Social.

Torna-se inevitável relacionar a melhoria dos indicadores de saúde ao aumento da cobertura da Atenção Básica nos últimos anos, saindo de 31,8% em 2002 para 62,4% em 2014. Atualmente, 5.460 municípios possuem Estratégia de Saúde da Família e mais de 121 milhões de pessoas - mais de 2/3 da população, estão sendo beneficiadas pela ESF.

PERGUNTAS ESTIMULADORAS PARA O DEBATE

1. Que práticas, saberes e tecnologias devem ser incorporados aos programas de graduação e pós-graduação para a formação de profissionais no modelo de integralidade nos diferentes níveis de atenção para que as ações do SUS produzam melhorias na saúde das pessoas?
2. Quais são os grandes desafios para a formação de recursos humano para o SUS nos próximos anos?
3. Como assegurar a participação ativa de discentes, técnicos e professores das IES para a elaboração e execução das ações de saúde no seu território?

PRÉ-PROPOSTAS

1. Fortalecer os Conselhos de Saúde Estadual, Municipais, Distritais e comissões locais para que o ensino no Controle Social também possa ser fortalecido e os princípios do SUS consolidados.
2. Facilitar o acesso a informações sobre os serviços públicos e estimular a realização de pesquisas em toda rede de forma a permitir que as Instituições de Ensino Superior possam gerar dados úteis ao próprio serviço, colaborando na articulação e coordenação de suas ações públicas e seu monitoramento, promovendo, assim, melhorias no próprio sistema. Trabalhar em colaboração com as Instituições de Ensino Superior apresentando demandas e necessidades do serviço que possam ser convertidas em ações universitárias seja no âmbito da graduação, pesquisa ou extensão.
3. Facilitar e promover ações universitárias que visem o ensino sobre controle social e a implementação do conceito de democracia participativa, onde a população torna-se sujeito ativo da política pública de saúde e não apenas receptor desta.
4. Garantir e fortalecer os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade do SUS promovendo ações e políticas públicas de saúde articuladas com as Instituições de Ensino Superior de forma a garantir a formação adequada dos profissionais de saúde para o trabalho no SUS e garantir também programas de Educação Permanente que permitam a capacitação e qualificação destes profissionais.
5. Garantir, durante o processo formador, espaços para discussão e reflexão discente no que se refere ao seu papel enquanto cidadão e formador de opinião de forma a exercer a função das Instituições de Educação Superior (IES) e de seus atores no processo político da nação. Fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade na pessoa do preceptor do serviço, reconhecendo seu papel formador, possibilitando sua capacitação e valorizando sua progressão profissional.
6. Interromper iniciativas que rompem a universalidade e a integralidade do SUS, como os “planos populares de saúde”, a desestruturação da atenção básica com a nova Política Nacional de Atenção Básica, a fragilização do acesso à saúde e aos medicamentos, o retrocesso na política de saúde mental,

o enfraquecimento da Vigilância em Saúde e a precarização da graduação em saúde por meio do Ensino à Distância (EAD).

7. Fortalecer o SUS para a garantia da integralidade da assistência, utilizando-se da parceria ensino-serviço, para a formação de futuros profissionais que sejam capazes de compreender e atuar de forma a fortalecer a coordenação de cuidado na atenção básica, estimulando a articulação intersetorial e interdisciplinar, pautando-se nos princípios da saúde coletiva, clínica ampliada e reforma psiquiátrica.
8. Fortalecer os NASF com ampliação de número de profissionais de saúde mental na APS, para a ampliação de ações voltadas à promoção da saúde mental e prevenção de agravos, junto à família, para a inserção e/ou reinserção, dos portadores de distúrbios mentais, na mesma e na comunidade.
9. Fortalecer a integração ensino-serviço para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde junto à população em geral, nos locais onde estes estão (escolas municipais, estaduais, espaços públicos, associações entre outros) que visem aproximação desta população com os serviços de saúde.
10. Políticas voltadas à programas que integrem os diversos cursos da saúde e profissionais das equipes de saúde do SUS, como as Residências Multiprofissionais. Dessa forma, proporcionando um processo de ensino-aprendizagem a partir da problematização da realidade, numa visão intersetorial e interdisciplinar.
11. Garantir um Plano Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, em parceria com as IES Públicas, com incentivo às ações voltadas para a formação profissional e educação permanente em saúde no serviço.
12. Criar um Conselho de Saúde em cada Instituição de Educação Superior (IES) com efetivas atividades como prestador do SUS por meio de serviços diretos aos usuários e/ou ações de integração ensino/serviços/comunidade.

EIXO TEMÁTICO III - FINANCIAMENTO DO SUS

Da conquista à fragilização da Seguridade Social

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) estabeleceu um marco na proteção social do país, principalmente no que se refere a seguridade social, ao substituir a lógica dos seguros, na qual o direito era restrito à assistência médica e destinado somente aos trabalhadores formais com carteira de trabalho assinada. A partir da Constituição, a população brasileira passou a ser inserida num sistema de proteção social, alcançando a seguridade social como um direito universal. Nasce, então, a concepção de que a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Apesar desse avanço, resultado da legítima disputa dos movimentos sociais, a seguridade social tem sofrido importantes ataques, desde a década de 1990, dificultando, assim, que as pessoas alcancem efetivamente a proteção social que lhes é de direito.

Parte desses ataques se caracterizam pela implementação da denominada política de austeridade fiscal e são 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 verdadeiro processo de retirada dos direitos sociais e garantias existentes. Cabe, ainda, ressaltar que as reformas trabalhista e da previdência social têm, também, uma significativa contribuição no agravamento do desmonte da seguridade social.

O Subfinanciamento do SUS

A partir da década de 1990, o desafio de ampliar o acesso aos serviços de saúde a todos os brasileiros e todas as brasileiras de forma descentralizada, universal, equânime e integral reforçou a necessidade de discussão sobre a questão do financiamento adequado e suficiente das ações e dos serviços de saúde. A conquista de suficiência e estabilidade dos recursos para o sistema público de saúde é fundamental para corresponder, tanto as necessidades do sistema, como 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 dos trabalhadores organizados que, mais tarde, ficaram vinculados à Previdência Social. Apesar das fontes de financiamento estarem previstas em lei, tanto na Constituição Federal como na Lei Orgânica da Saúde, os percentuais a serem gastos em saúde e a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas de governo não tem sido adequados, o que torna o financiamento do SUS instável e insuficiente, caracterizando real subfinanciamento do sistema, desde a sua criação.

A não aplicação integral do orçamento da Seguridade Social no financiamento da saúde, previdência e assistência social, se reflete na não priorização da saúde como um direito constitucional e universal. A este fato se somam os momentos de crises fiscal e financeira do Estado brasileiro, outro fator determinante de insuficiência histórica do financiamento do SUS.

Vale ressaltar que, ao mesmo tempo em que o financiamento da saúde pública é precarizado, as sucessivas renúncias fiscais e subvenções de dinheiro público, inclusive para o setor privado de saúde, têm provocado uma expansão deste setor que subverte a ordem constitucional, que preconiza o caráter complementar da iniciativa privada no SUS.

As tentativas de vinculação de receitas e/ou de percentuais de gastos mínimos não conseguiram reduzir a instabilidade do processo de financiamento do SUS nas três esferas de governo. Os 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) da União para o financiamento federal das ações e serviços públicos de saúde definido pela CF de 1988 nunca foi cumprido.

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, foram várias as iniciativas para viabilizar a sustentabilidade financeira do SUS, todas sem sucesso.

Em 1997, considerando o subfinanciamento, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) pela Lei nº 9.311/1996, com vigência entre 1997 e 2007, quando sua prorrogação foi vetada pelo Congresso Nacional. Apesar de inicialmente destinada integralmente à Saúde, ao longo de sua vigência a CPMF perdeu esta condição e não representou acréscimo de financiamento para o SUS, pois a partir de 1994, parte da sua arrecadação passou a financiar o Fundo de Emergência Social (FSE). Este processo, posteriormente foi denominado como DRU- Desvinculação de Receitas da União, mecanismo que permite ao governo federal retirar 30% do orçamento da seguridade social (OSS) para o tesouro nacional.

Em 1999, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 – EC 29, que constituiu uma desvinculação dos gastos de Saúde às fontes de financiamento da Seguridade Social. A partir de 2000, foi substituída pelo atrelamento do acréscimo dos recursos federais da Saúde à variação nominal do PIB, que 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 deste século XXI foi pouco expressivo, o que acarretou a perda de dinamismo dos recursos federais frente às necessidades crescentes do SUS.

A regulamentação da EC29 ficou pendente por quase 8 anos no Congresso, entre 2003 e 2011, provocando perda de recursos para o SUS. Durante este período houve uma luta do controle social para esta regulamentação, como o PLC 1/2003 no ano de 2003 e outros projetos de lei que propunham mudanças na aplicação mínima pela União dos 10% das Receitas Correntes Brutas, inclusive com a proposta de criação da Contribuição Social para Saúde (alíquota de 0,1% sobre a movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, ou seja, a mesma base de incidência da CPMF extinta em 2007).

Assim, com a vigência da Emenda Constitucional 29 a partir do ano de 2000, mantém-se um quadro complicado de disponibilidade de recursos e de inseguranças de suas fontes para o financiamento do SUS.

A década de 2010 foi iniciada sem que esses conflitos fossem resolvidos. A regulamentação da EC 29 aconteceu no ano de 2012 com a promulgação da Lei Complementar 141/2012 (LC 141/2012), que, apesar de estabelecer claramente “o que pode” e “o que não pode” ser considerado como ações de saúde e aumentar a importância dos Conselhos de Saúde no seu papel propositivo e fiscalizador do SUS, não incluiu os 10% das Receitas Correntes Brutas, mantendo a regra estabelecida na EC 29, o que significou que novos recursos financeiros para a saúde universal não foram assegurados.

O Movimento Nacional em Defesa da Saúde - “Saúde Mais 10”,

Neste momento, a partir 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, nasceu o

Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública - “Saúde Mais 10”, tendo como centralidade a priorização da saúde por meio de mais recursos financeiros para o setor, sendo necessária a alteração da LC 141/2012.

O movimento com mais de 2,1 milhões de assinaturas 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 (ou seu equivalente em RCL) no financiamento da saúde, mas que não teve respaldo do Congresso Nacional.

A luta e mobilização pelo financiamento adequado ao tamanho dos desafios dos SUS não tiveram trégua no controle social. Em continuidade ao movimento Saúde Mais 10, a frente ABRASUS lança manifesto em defesa do SUS no período preparatório da 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015). Neste momento a defesa da aprovação da PEC 01/2015 passa 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.

O agravamento do subfinanciamento do SUS com a EC 95 e redução do financiamento da Educação

A partir de dezembro de 2016 o financiamento do SUS sofre mais um duro golpe. É 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 a saúde e a educação, ficará congelado até o ano de 2036 afetando a vida cotidiana da população ao reduzir a capacidade de garantia das políticas sociais, particularmente da saúde e educação, 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 e educação da população, pois o desfinanciamento federal do SUS impacta negativamente no financiamento das ações desenvolvidas pela rede de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Da mesma forma a EC 95 afeta diretamente a política de educação já com reflexos e consequências no financiamento em todos os seus componentes, incluindo as instituições universitárias e o percentual de recursos aportados para a ciência e tecnologia. Bolsas estão sendo cortadas e a falta de recursos para a área de pesquisa tem levado à perda de importantes projetos e pesquisadores.

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 a 2036. Estima-se que, com o congelamento de investimentos, haverá uma redução de 400 bilhões no orçamento da saúde durante esse período e valor maior que este na educação. A fixação da regra do “teto” reduzirá, na prática, as despesas por habitante com o SUS e com a educação pública. 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”, diz o documento.

PROPOSTAS para um financiamento capaz de favorecer a implantação da saúde e educação universal no nosso país

1. Que a União aplique 10%, no mínimo, da sua receita corrente bruta (ou seu equivalente em RCL) em ações e serviços públicos de saúde e o percentual definido em Constituição para a área de Educação, além dos recursos para investimento em ciência, tecnologia e inovação cerca de 2% do PIB.

2. Defesa do caráter público e universal do direito à educação e à saúde de qualidade segundo as necessidades da população brasileira
3. Rejeitar a permanência da DRU, que retira 30% do Orçamento da Seguridade Social para o Tesouro Nacional, como forma de não prejudicar a “saúde” financeira do referido orçamento.
4. Ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL (fonte de financiamento para a saúde) para instituições financeiras (atual 9%) para 18%
5. O aprofundamento dos mecanismos de tributação para a esfera financeira, mediante a criação de um Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira (IGMF) e a tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas empresas multinacionais, atualmente isentas na legislação, destinadas ao Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social), assim como para a educação, ciência, tecnologia e inovação.
6. O estabelecimento da Contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para a Seguridade Social, e consequentemente para a saúde, assim como também para a educação e pesquisa.

MODELO PARA DISCUSSÃO NOS GRUPOS DE TRABALHO

	EIXO TEMÁTICO:	
CONFERÊNCIA	PROPOSTAS SUBGRUPOS	PROPOSTAS GT
MUNICIPAL		1 2 3 4 5
ESTADUAL		1 2 3 4 5
NACIONAL		1 2 3 4 5