

FÓRUM POPULAR DE SAÚDE – PARANÁ

Rua Marechal Deodoro, 314, conj. 801 - Curitiba - PR fone: (41) 3322-0921

A luta pela saúde e a defesa do SUS

“Sem organização e luta não há saúde”

A luta da classe trabalhadora no país, ao longo da história, possibilitou a conquista legal do Sistema Único de Saúde – SUS, cujos princípios contemplam a atenção integral à saúde para todos e o direito da participação popular na formulação e fiscalização das políticas de saúde.

Este novo arcabouço jurídico, inscrito na Constituição de 1988, deu origem ao SUS e incorporou várias conquistas, fruto desta longa trajetória de lutas dos movimentos sindical e popular.

A Constituição Federal estabelece, no seu artigo 196, que **“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”**.

Tornar direitos reconhecidos em lei em direito de fato, e ir além, são tarefas de todos aqueles que lutam pela consolidação da Seguridade Social no Brasil.

A defesa da Seguridade Social – Saúde, Previdência e Assistência Social – assume caráter estratégico para os movimentos dos trabalhadores.

É fundamental resistir aos ataques do capital contra a Seguridade Social, entendendo que esta luta não pode se restringir à defesa de um sistema público de saúde, previdência e assistência social, mas exige profundas transformações na sociedade que alterem a estrutura da distribuição de renda, riqueza e poder no país.

As profundas desigualdades sociais, a escandalosa concentração de renda e a fragilidade das políticas públicas no Brasil repercutem decisivamente na situação de saúde da maioria da população.

As condições de vida, adoecimento e morte dos trabalhadores brasileiros combinam antigos e novos problemas de saúde, indicando a dramaticidade do quadro sanitário no país. Continua alarmante a ocorrência de doenças relacionadas à situação de pobreza, tais como: cólera e outras doenças diarreicas, dengue, hanseníase, leptospirose, tuberculose e outras, ao lado do crescimento assustador de doenças relacionadas à modernização urbana e industrial, tais como: doenças relacionadas à poluição e à violência urbana, acidentes de trânsito e de trabalho, doenças crônico-degenerativas, cânceres, lesões de esforço repetitivo – LER, sofrimento mental e outras.

A construção do SUS, a partir da defesa dos princípios de universalidade e integralidade da atenção à saúde, com participação popular, assume o caráter de luta contra-hegemônica frente a atual ordem social e econômica capitalista.

A avaliação do SUS-Curitiba deve explicitar a análise da sua lógica de estruturação e funcionamento, suas articulações intra e intersetoriais, os mecanismos de participação popular e as suas formas de financiamento.

Participação popular na gestão do SUS

Os Conselhos são instâncias colegiadas de caráter deliberativo, que possuem a prerrogativa legal de fiscalizar e participar da formulação das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

A atual administração municipal, a exemplo das anteriores, tem buscado garantir a qualquer custo o seu controle sobre o funcionamento dos Conselhos de Saúde, valendo-se de truculentos mecanismos de cooptação e de práticas autoritárias, que visam segregar quaisquer posicionamentos divergentes aos ditames oficiais.

Este processo tem sido desencadeado repetidamente pela direção da Secretaria Municipal de Saúde, através de **intensa ingerência** nos Conselhos Locais, Distritais e Municipal de Saúde, inclusive no processo de escolha dos delegados dos segmentos de usuários e trabalhadores de saúde para as Conferências de Saúde, interferindo na definição dos representantes desses Conselhos de Saúde.

Essas práticas autoritárias visam camuflar as contradições e os diferentes interesses presentes na sociedade. Com isso, os Conselhos de Saúde não têm cumprido com sua principal atribuição: ampliar o espaço público de participação da sociedade na formulação, execução e avaliação do SUS.

O reflexo deste processo pode ser sentido no funcionamento da maioria dos Conselhos de Saúde de Curitiba. As questões de maior relevância para a definição da política municipal de saúde não são pautadas ou simplesmente recebem um tratamento superficial na maioria dos Conselhos de Saúde.

Os Conselhos Locais, Distritais e Municipal de Saúde não debatem efetivamente a aplicação dos recursos do SUS, tendo pouca ou nenhuma participação na definição dos contratos e convênios, para onde são destinadas parcelas significativas dos recursos da saúde.

Propostas:

- Propor, através do Conselho Municipal de Saúde, a alteração da Lei Municipal que dispõe sobre a composição e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, excluindo o dispositivo que garante a “cadeira cativa” (representação nata) para algumas entidades. A eleição da totalidade das entidades que comporão o Conselho deverá ocorrer nas Conferências Municipais de Saúde.
- Estabelecer que os ocupantes de cargos de chefia (cargos de livre provimento, em comissão, confiança ou outros) não poderão representar o segmento dos usuários ou dos trabalhadores de saúde nos Conselhos e Conferências de saúde. Estes deverão integrar o segmento dos gestores do SUS.
- Estabelecer que as entidades que recebem recursos públicos para a prestação de serviços de saúde – através de convênios, subvenções ou outras formas de financiamento – não representem o segmento dos usuários ou dos trabalhadores de saúde nos Conselho e Conferências de Saúde. Estas entidades deverão integrar o segmento dos prestadores de serviço de saúde.
- Exigir que os Planos de Saúde, Programações Anuais, Relatórios de Gestão, as propostas de Leis Orçamentárias, a Política de Recursos Humanos e os contratos/convênios firmados pelos gestores do SUS sejam submetidos à análise prévia e aprovação do Conselho Municipal de Saúde, garantindo-se seu caráter deliberativo e as atribuições de fiscalização e participação na formulação da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e orçamentários.
- Exigir que as decisões das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB), regionais ou estadual, sejam submetidas à análise e aprovação do Conselho Municipal de Saúde.
- Exigir o cumprimento das resoluções das Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais que determinam a criação de Conselhos Gestores em todas as unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades e hospitais públicos ou conveniados, incluindo hospitais universitários e consórcios intermunicipais de saúde, garantindo seu caráter deliberativo e a representação, no mínimo, paritária de usuários e trabalhadores de saúde.

Financiamento do SUS: quanto, onde e como investir?

Para o debate de qualquer política pública é central a definição do seu financiamento. A política municipal de saúde não é diferente. É fundamental garantir a transparência das informações não só sobre o **quanto** é aplicado, mas também, sobre o **como** e **onde** são investidos os recursos da saúde.

A Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) determina que os municípios apliquem **peelo menos 15%** da arrecadação de determinados impostos em ações e serviços de saúde.

Em Curitiba, segundo os dados oficiais, houve cumprimento da EC-29, nos anos de 2005 e 2006. No entanto, isso não ocorreu em 2004. A atual administração municipal, alegando de forma equivocada que a Resolução do Conselho Nacional de Saúde não tem força de Lei, recusa-se a repor no orçamento da saúde os valores não aplicados em 2004.

Persiste a elevada transferência de dinheiro público para prestadores privados de saúde. No ano de 2005, foram gastos R\$ 212 milhões com prestadores privados conveniados/contratados ao SUS. Em 2006, R\$ 241 milhões. Embora a legislação estabeleça que a rede privada somente possa participar do SUS em caráter complementar.

Cabe ressaltar, que esta drenagem de recursos financeiros para o setor privado, através de contratos e convênios (uma variante do processo de privatização dos serviços de saúde) assume um caráter **seletivo**, concentrando-se nos serviços que oferecem uma maior capacidade de obtenção de lucro. Esta brutal transferência de recursos para a iniciativa privada determina a insignificante aplicação de recursos orçamentários nas áreas de promoção, proteção e reabilitação da saúde, acarretando um investimento medíocre nas ações e serviços de saúde do trabalhador, vigilância sanitária e epidemiológica, valorização e capacitação da força de trabalho em saúde e outros.

Esse processo, ao que tudo indica, será acelerado nos próximos anos em função da aprovação da Lei Municipal de Parcerias Público-Privadas (PPP's). A base parlamentar do atual prefeito, na Câmara de Vereadores, fez questão de rejeitar a Emenda Aditiva que proibia a realização de contratos de PPP's nas áreas de saúde e educação, denunciando a atitude privatizante da atual gestão em relação à saúde.

A Constituição Federal, no artigo 200, a Lei Federal nº 8.080/90, no artigo 6º, e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03 definem, com clareza, a abrangência das ações e serviços de saúde. No entanto, muitos gestores estaduais e municipais do SUS têm incluído nos percentuais da EC-29 despesas diversas das consideradas como ações e serviços de saúde, através de uma verdadeira maquiagem contábil.

O Projeto de Lei Complementar – PLC nº 01/03, que regulamenta a EC-29, após aprovado em todas as comissões da Câmara Federal, aguarda há muito tempo votação pelo plenário. Essa irritante demora facilita o falso discurso dos gestores do SUS que se negam a cumprir a EC-29.

Esse fato tem trazido enormes dificuldades para a fiscalização da execução orçamentária na saúde. Os freqüentes contingenciamentos de recursos orçamentários e a Desvinculação de Receitas da União – DRU, que expira em 31/12/07, diminuem sistematicamente e drasticamente as receitas vinculadas ao setor saúde. É importante, portanto, lutar contra a prorrogação da DRU.

Neste contexto, continuam bandeiras de luta fundamentais: ampliar o investimento em saúde, reorganizar as prioridades e fortalecer o controle e a transparência sobre o uso dos recursos do SUS.

Propostas:

- Lutar pela aprovação do PLC nº01/03, que regulamentação da Emenda Constitucional nº29 – EC-29, nos termos já aprovados pelas comissões da Câmara Federal.
- Lutar pelo fim Desvinculação de Receitas da União – DRU, que retira 20% dos recursos constitucionalmente destinados à área social, a pretexto de atender as metas de *superávit* primário. A DRU expira em 31/12/07, e sua renovação deve ser combatida, tendo em vista a nocividade que representa para o financiamento das políticas sociais.
- Encaminhar, através do Conselho Municipal de Saúde, pedido de providências ao Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde face ao persistente descumprimento da EC-29 no Estado do Paraná.
- Exigir que a elaboração do Plano Municipal de Saúde de Curitiba, a ser analisado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, atenda os critérios preconizados pela Portaria MS nº 3.332/06, contemplando os seguintes itens:
 - O Plano Municipal de Saúde deverá compreender dois momentos: a análise situacional; e a definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.
 - Contemplará todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção.
 - Conterá todas as medidas necessárias à execução e cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromissos de Gestão.
- Estabelecer no Plano Municipal de Saúde de Curitiba a previsão de recursos para a expansão da rede pública de saúde de média e alta complexidade, estabelecendo percentuais decrescentes para a compra de serviços privados de saúde.
- Exigir que os Planos de Saúde, Programações Anuais, Relatórios de Gestão, as propostas Leis Orçamentárias, a Política de Recursos Humanos e os contratos/convênios firmados pelos gestores do SUS sejam submetidos à análise prévia e aprovação dos Conselhos de Saúde, garantindo-se seu caráter deliberativo e as atribuições de fiscalização e participação na formulação da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e orçamentários.
- Exigir que a SMS-Curitiba mantenha atualizado o envio de dados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.
- Recomendar ao Tribunal de Contas do Estado do Paraná que estabeleça como critério para as prestações de contas do setor saúde dos Municípios e Estado a apresentação de certificação da análise da prestação de contas pelos Conselhos de Saúde.

A Força de Trabalho do SUS

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba tem buscado bloquear a implantação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – SUS (NOB/RH/SUS), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, após intensa mobilização de diferentes atores sociais. A NOB/RH/SUS reconhece a importância e orienta a regulação das relações de trabalho no SUS, apontando a necessidade da qualificação e valorização profissional na implantação de modelos assistenciais no setor saúde.

A SMS-Curitiba tem impedido a instalação da Mesa Permanente de Negociação de Recursos Humanos do SUS, contrariando deliberação da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba – 2003. A Mesa Permanente de Negociação, que deveria estar abrangendo todos os trabalhadores vinculados ao SUS (serviço público, privado e órgãos de ensino e pesquisa), é fundamental para o diagnóstico dos problemas e para encaminhar a implantação da NOB/RH/SUS.

As políticas privatizantes da atual administração municipal, caracterizadas pelos processos crescentes de terceirizações e contratos temporários, precarizam as relações de trabalho e promovem a alta rotatividade de trabalhadores com conseqüente descontinuidade dos serviços prestados à população.

O descaso com a saúde dos servidores municipais é escandaloso. As informações sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho não estão disponíveis nos bancos de dados do SUS, como também não são divulgadas pela Secretaria de Recursos Humanos. Ocorrem muitos afastamentos de trabalhadores(as) para tratamento de saúde. Na SMS-Curitiba são elevados os afastamentos em razão de sofrimento mental, no entanto, não há reconhecimento da relação destes adoecimentos com o trabalho. Os abusos e as posturas autoritárias de muitos dos ocupantes de cargos de chefia têm caracterizado a prática do assédio moral.

Inexiste o Plano de Cargo, Carreiras e Salários para trabalhadores do SUS, contrariando a Lei Federal nº 8.142/90 (artigo 4ª, inciso VI).

Propostas:

- Implementar imediatamente a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS – NOB/RH/SUS, dando prioridade para as seguintes ações:

- Instalar, até outubro de 2007, a Mesa Permanente de Negociação do SUS, composta por representantes dos trabalhadores do setor público e privado contratado e conveniado ao SUS (filantrópico ou lucrativo), do governo municipal e instituições de ensino e pesquisa vinculadas ao SUS. A Mesa Permanente visará democratizar a gestão do trabalho no SUS.
- Realizar o diagnóstico da situação da força de trabalho na SMS-Curitiba: quantidade e distribuição por ações e serviços, local de lotação, base territorial e nível de atenção à saúde (básico, médio e de alta complexidade).
- Elaborar quadro das necessidades de força de trabalho na SMS-Curitiba, instituindo o concurso público para a contratação de trabalhadores de saúde.
- Organizar banco de dados e o sistema de informações e comunicação dos recursos humanos da SMS-Curitiba, facilitando o planejamento e avaliação permanente, e ampliando os mecanismos de controle social sobre a política de gestão do trabalho.
- Nomear Comissão Paritária (governo e trabalhadores) para elaboração do PCCS Próprio da Saúde.
- Encaminhar para a Câmara Municipal de Vereadores o projeto de lei do PCCS Próprio da Saúde, previamente negociado através de Comissão Paritária.
- Implementar imediatamente a jornada de trabalho máxima de 30 horas semanais na saúde, respeitando as jornadas estabelecidas por legislação federal, sem redução de salários e bancos de horas, atendendo à deliberação da 7ª e 8ª Conferências Municipais de Saúde de Curitiba.
- Implementar imediatamente as Comissões de Saúde por Locais de Trabalho na SMS-Curitiba, buscando reduzir a nocividade dos ambientes e processos de trabalho, e eliminar ou reduzir os riscos/cargas e danos à saúde dos trabalhadores de saúde.
- Instituir política de desprecarização das relações de trabalho na SMS-Curitiba, através da Mesa de Negociações do SUS, promovendo o estancamento e a redução das terceirizações.
- Redução dos cargos de confiança para a gestão em saúde, e sua substituição por quadros técnicos e administrativos de carreira, qualificando a gestão do SUS.
- Estabelecer, com a participação do controle social, critérios objetivos e compatíveis para indicação dos cargos de direção (cargos de chefia) da SMS-Curitiba, atendendo requisitos de capacitação e habilitação específica.

A organização dos serviços de saúde em Curitiba e na Região Metropolitana

“As grandes cidades do Terceiro Mundo são repositórios, ao mesmo tempo, dos elementos da modernidade e de uma grande massa de deserdados, gerados, em boa parte, com função dessa mesma modernização que, assim, vê acentuado seu caráter perverso”.

Milton Santos

As regiões metropolitanas brasileiras se caracterizam por reunirem municípios que mantêm entre si grande dependência sócio-econômica, em que as desigualdades sociais se agravam progressivamente. O processo de acumulação de capitais, em escala global, faz com que as grandes metrópoles assumam papel fundamental enquanto sede dos organismos de gestão dos grandes capitais e dos centros de pesquisa e desenvolvimento tecnológico. Do ponto de vista social, porém, caracterizam-se como locais onde avança um movimento crescente de polarização entre ricos e pobres, conformando um perfil que se associa diretamente aos efeitos da reestruturação produtiva no mercado de trabalho.

A complexidade das regiões metropolitanas coloca em xeque as formas tradicionais de intervenção no espaço urbano, planejadas e concebidas nos estreitos limites municipais. Nessa perspectiva, a implantação de qualquer política pública conseqüente exige uma escala mais abrangente de ação, que não separe a cidade pólo do contexto maior, o metropolitano, sob pena de não se compreender a totalidade, mas apenas uma parcela da mesma.

Em relação ao crescimento populacional, a Região Metropolitana de Curitiba – RMC concentra cinco dos treze municípios que demonstraram maior crescimento de população no Paraná no período de 1996 a 2000: Araucária, Campo Magro, Rio Branco do Sul, Fazenda Rio Grande e Piraquara. Vê-se, portanto, que os habitantes da RMC estão cada vez menos nos limites da capital do Estado e cada vez mais no aglomerado metropolitano (IBGE, 2000).

Este padrão de crescimento populacional configura o processo de perifização estendida das grandes cidades brasileiras, ampliando e agravando os problemas e necessidades sociais, inclusive em relação aos serviços de saúde.

A RMC, segundo projeção do IBGE (2007), concentra uma população 3.595.662 habitantes, sendo que 49,7% dos habitantes residem fora de Curitiba.

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba tem disponibilizado apenas 30% da oferta de serviços especializados do SUS para a RMC, calculados por média histórica de atendimento. Este parâmetro não atende a demanda real da RMC, e busca manter “invisível” as especialidades com maior demanda reprimida.

As grandes cidades, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, não podem se omitir da organização de sistemas hierarquizados e regionalizados de saúde que acolham as demandas metropolitanas, visto que, historicamente, foram elas que sempre receberam no país o maior volume de recursos financeiros para construção de redes de serviços de maior complexidade em saúde. A responsabilização dos gestores do SUS pressupõe a negociação política, visando a busca de soluções que atendam às necessidades de saúde da população, expressas na construção do **Plano Metropolitano de Saúde**.

O SUS em Curitiba

Os Conselhos Locais, Distritais e Municipal de Saúde pouco têm contribuído para a mudança do modelo de atenção e gestão do SUS-Curitiba. Predomina nos serviços de saúde a lógica tradicional de gerência: poder centralizado em chefes, ausência de enfoque epidemiológico, controle meramente quantitativo dos procedimentos técnicos realizados (sem análise qualitativa do impacto das ações), elaboração centralizada de programas e normas reguladoras do atendimento, e quase ausência de comunicação tanto entre serviços do mesmo nível hierárquico (relação horizontal de poder), e entre os diferentes níveis da estrutura organizacional da SMS-Curitiba.

A implantação dos Distritos Sanitários desconcentrou ações de saúde, mas não significou uma efetiva descentralização da organização das ações e serviços de saúde, que pressupõe a efetivo deslocamento do poder decisório. Os Distritos Sanitários não se constituem em unidades orçamentárias e não atuam a partir de Planos de Ação Distrital (levantamento das necessidades e problemas de saúde da sua área de abrangência e planejamento de estratégias e ações para seu enfrentamento).

Os Distritos Sanitários da SMS-Curitiba não realizam o diagnóstico situacional da saúde dos diferentes grupos populacionais de seus territórios de abrangência, com a finalidade de traçar o perfil de adoecimento, morte e mapear a distribuição dos principais riscos e danos à saúde. Esses diagnósticos deveriam estar servindo de base para a construção de Planos de Ação Distritais, a serem apresentados, discutidos e aprovados nos Conselhos de Saúde.

A não priorização da identificação e da atuação a partir de problemas reais de saúde do território resulta em precária articulação intersetorial e interinstitucional, ou seja, faltam ações articuladas com as demais políticas públicas, voltadas ao enfrentamento das causas dos problemas de saúde, impossibilitando a organização da atenção integral à saúde.

As ações de saúde do trabalhador nos ambientes e condições de trabalho, por exemplo, se restringem ao atendimento das demandas pontuais, **atuando somente após a ocorrência dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho**. A precária sistematização e análise das informações das investigações destes agravos não orientam as ações de promoção e prevenção à saúde do trabalhador nos diversos ramos produtivos. Inexistem ações de saúde coletivas, principalmente frente às doenças relacionadas ao trabalho.

As Conferências de Saúde, conforme a Lei Federal nº 8142/90, possuem o papel de avaliar e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. A SMS-Curitiba, de forma demagógica e equivocada, resume o Plano Municipal de Saúde ao conjunto das resoluções aprovadas nas Conferências Municipais de Saúde.

O que aparenta democracia, ao incluir todas as propostas aprovadas, na verdade encobre as desigualdades econômico-sociais da Cidade, que determinam diferentes necessidades de saúde para diversas regiões e classes sociais. A ausência de um diagnóstico encobre os pólos de desigualdade, originando um Plano de Saúde capenga que não reflete a heterogeneidade dos problemas de saúde.

O Plano Municipal de Saúde deve trazer as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, baseando-se em diagnóstico situacional, e formulando objetivos, diretrizes e metas, conforme os seguintes eixos:

- As condições de saúde da população, estabelecendo os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde;
- Os determinantes e condicionantes de saúde, estabelecendo as ações intersetoriais compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores; e
- A gestão em saúde.

O Plano de Saúde configura-se na base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde, devendo garantir a integralidade da atenção à saúde. Nele devem constar todas as medidas necessárias à execução e cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromissos de Gestão, devendo ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Propostas:

- Exigir a elaboração do Plano de Saúde da RMC, garantindo a participação popular, através de conselhos e conferências de saúde, na sua análise e aprovação.
- Exigir que a elaboração do Plano Municipal de Saúde de Curitiba, a ser analisado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, atenda efetivamente todos os critérios preconizados pela Portaria MS nº 3.332/06.