



9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

DOCUMENTO BASE PRÉ-CONFERÊNCIAS TEMÁTICAS EM PREPARAÇÃO À 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE - GARANTIR DIREITOS E DEFENDER O SUS, A VIDA E A DEMOCRACIA! AMANHÃ VAI SER OUTRO DIA!

APROFUNDANDO OS EIXOS TEMÁTICOS A PARTIR DAS PRÉ-CONFERÊNCIAS TEMÁTICAS

EIXO 1 - O Brasil que temos. O Brasil que queremos - 16/02/2023 - eixo que busca avaliar a conjuntura nacional, a situação local do SUS e quais os próximos passos para a construção do Brasil que queremos com direitos sociais e garantia das responsabilidades constitucionais do SUS.

Este eixo tem como fundamento o que Paulo Freire nos ensinou “(...) *Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje (...). Temos de saber o que fomos, para saber o que seremos*”, e para que possamos pensar em um futuro melhor, é fundamental tecermos um panorama do Brasil que temos até então.

Compreendermos a origem e as causas dos nossos problemas é o primeiro passo para superá-los. Nossos problemas revelam um país fundado em cima do genocídio indígena, da exploração e escravização dos povos sequestrados de África e da expropriação desenfreada da nossa Mãe Terra. Essa origem, desencadeada pela lógica colonialista e capitalista, revelam atualmente o aprofundamento das crises do capital e da civilidade que se desdobram em um **contexto nacional** de:

- Ataques à Democracia;
- Aumento da pobreza e do adoecimento, com sérios riscos para as mulheres, com destaque para as mulheres negras, indígenas, para as populações LGBTQiAP+, para as pessoas com deficiência e para as pessoas em situação de rua, tendo como base o racismo estrutural;
- Desmonte radical da seguridade social (saúde, previdência e assistência social) através da precarização dos serviços;
- Exploração e degradação da vida de trabalhadores (as) do campo, das cidades e das florestas;
- Degradação dos ecossistemas e das instituições de combate a crimes contra o meio ambiente;
- Desrespeito aos direitos fundamentais com o abandono dos povos indígenas, quilombolas e ribeirinhos, frutos da política econômica implementada e aprofundada com o contexto da pandemia e com as equivocadas estratégias para o seu enfrentamento;
- Aumento da desigualdade social e do contingente de pessoas em situação de pobreza extrema e em situação de rua, da fome, da insegurança alimentar, da inflação dos preços dos alimentos, do desemprego e da falta de moradia como mostram diversas pesquisas (em 2022, são 33,1 milhões de pessoas sem ter o que comer, ou seja, insegurança alimentar grave, sendo que 125,2 milhões de pessoas apresentaram algum grau de insegurança alimentar);
- Agravamento dos abismos entre pobreza e riqueza: se de um lado a pobreza econômica aumentou e os direitos dos/as brasileiros/as diminuíram, de outro o acúmulo de renda e capital foi estrondoso nesses últimos anos, inclusive no período

da pandemia (de acordo com dados da Forbes, desde 2020 existem mais 573 multimilionários, perfazendo atualmente um total de 2.668. Se em 2000 a sua riqueza correspondia a 4,4% do PIB global, agora representa 13,9%);

- Desvio de fatias do orçamento público para o rentismo, ou seja, para os que vivem de rendas (o orçamento federal destina mais de 50% para o pagamento da dívida, deixando de investir em políticas públicas para a população);
- Desfinanciamento das Políticas de Saúde, inclusive as de atenção básica, agravado com a Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC 95), que congelou os gastos da União com despesas primárias por 20 anos, ferindo o núcleo essencial do direito que é a garantia de recursos orçamentários para a sua sustentabilidade;
- Desfinanciamento da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, cujo fortalecimento é essencial para o desenvolvimento nacional e para as respostas às necessidades de saúde da população;
- Fragilização da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, impondo dificuldades de acesso a muitos medicamentos, sobretudo para as pessoas com doenças crônicas;
- Perseguição e criminalização dos movimentos e organizações sociais;
- Tentativa de esvaziar os mecanismos de controle social, não garantindo condições mínimas para seu funcionamento;
- Ataques contra a educação e contra a ciência e tecnologia que, aliados à fome e à miséria, asfixiam tanto o direito de acesso ao ensino por parte da maioria população, quanto a produção de conhecimentos críticos e oportunos ao desenvolvimento social e ao desenvolvimento científico e tecnológico nacional e autônomo do país, além de impedirem a geração de empregos e renda para o povo brasileiro (destacam-se os cortes de recurso para a educação, a desqualificação de funcionários/as públicos/as, das ações afirmativas e da autonomia das universidades);
- Ausência de estratégias para a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e da fragilização do Programa Nacional de Imunizações (PNI), reconhecido até então como modelo mundial, reduzindo os indicadores de vacinação;
- Da paralisação das linhas de cuidados para diversas populações com doenças raras, doenças crônicas e de patologias, principalmente das doenças negligenciadas que são consideradas endêmicas, como a tuberculose e a dengue;
- Discriminação nos tratamentos da hanseníase e tuberculose e aumento da infecção por HIV-Aids;
- Falta de acesso a medicamentos e demais tratamentos no tempo adequado, violências, fome e acidentes de trabalho, por exemplo, impondo às pessoas impedimentos funcionais e, a partir deles, a deficiência;
- Negligência com a implementação da Política Integral de Saúde da População Negra, impactando negativamente nos resultados da pandemia, sindemia e de endemias para essa população;
- Desmonte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM);
- Ataque à Política Nacional de Saúde Mental e à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), impondo um duro ataque às conquistas do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e ao princípio do tratamento em liberdade para todas as pessoas;
- Desmonte da Política Nacional de Atenção Básica, através de um financiamento que não dá conta do princípio da universalidade, com o enfraquecimento do modelo da estratégia da saúde da família com equipes multiprofissionais (desfinanciamento do NASF) e da precarização do trabalho da/o Agente Comunitária/o de Saúde e de Combate às Endemias (ACS, ACE),
- Desrespeito à Agenda 2030. O Brasil, apesar de ter assumido um compromisso similar ainda em 1988, com a promulgação da atual Constituição Federal, está hoje entre os países que mais se distanciam da Agenda 2030;
- Flexibilização do uso de armas de fogo que expande os níveis de violência;

- Ataques ao direito de acesso da população às informações fundamentais com o total silêncio e irresponsabilidade sanitária diante da indisponibilidade das plataformas de tratamento de dados, do risco do vazamento de dados, bem como do desaparecimento de registros estratégicos no atendimento integral à cidadã e ao cidadão brasileiro;
- Descaso com a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde.

A partir do panorama que apresenta “o Brasil que temos”, trazendo aspectos estruturantes que afetam a vida dos povos, com base no documento orientador nacional, temos o desafio de debater nossa realidade municipal, trazendo como base nossas vivências, subsídios do documento orientador do Conselho Estadual de Saúde, além dos debates das plenárias do CMS, pré-conferências livres e conferência de saúde mental que realizamos em 2022. Todos esses materiais apontam para a direção do SUS que queremos no município. Destacamos aqui os principais temas deste Eixo: **a construção de uma política pública de saúde participativa que esteja em consonância com as deliberações da conferência de saúde e o seu financiamento necessário; e a (re)estruturação da rede de atenção básica e de saúde mental.**

a) Para a construção de uma política pública de saúde participativa, com financiamento adequado e com efetivo controle social precisamos garantir o planejamento de forma ascendente e participativa e a organização **das redes de atenção por Distrito de Saúde**, através da construção de indicadores que possibilitem uma análise sobre a situação de saúde dos territórios e suas diferentes necessidades, viabilizando a efetiva promoção do monitoramento e avaliação da execução das políticas de saúde. Infelizmente não é o que foi apontado no parecer da Secretaria Técnica do CMS (SETEC) sobre análise do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025, que foi reprovado em janeiro deste ano em plenária do CMS.

Estas demandas têm sido reafirmadas pelo CMS, mas infelizmente esbarram em retrocessos da atual gestão que alterou a estrutura e organização político administrativa dos Distritos de Saúde, reduzindo de 08 para 04 Coordenadorias. Tais mudanças se deram sem discussão com o CMS e desconsideram as deliberações do controle social e das Conferências de Saúde, além de afrontar a diretriz da descentralização no SUS, impactando na regionalização dos serviços e do acesso das pessoas aos atendimentos.

Se faz urgente avançar na garantia de que as deliberações das Conferências de Saúde orientem a formulação do Plano Municipal de Saúde, no sentido de qualificar a elaboração dos instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e Relatório Anual de Gestão), inserindo elementos qualitativos e quantitativos que permitam o controle efetivo das Políticas de saúde.

Já para garantirmos um **financiamento** adequado ao que propomos faz-se necessário explicitar a questão do subfinanciamento crônico das políticas de saúde, como um dos principais gargalos do SUS e que vem impedindo os avanços necessários para a garantia da universalidade e da integralidade do direito à Saúde. A partir da EC 95 passamos para um cenário de desfinanciamento. Em Porto Alegre, ao mesmo tempo que assistimos a prefeitura anunciar superávit ano a ano (516 milhões em 2022), temos visto o declínio da aplicação de recursos próprios do município, ao longo dos últimos anos. Dados do Sistema de Informação sobre o Orçamento Público em Saúde (SIOPS) de 2021 apresentam o percentual de 18,34% de gastos de recursos municipais com Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS) e a aplicação de R\$ 541,50 percapita (por habitante), figurando no ranking entre as capitais como a 21ª colocação. A análise da Lei orçamentária 2023 feita pela Comissão de Financiamento (COFIN) do CCMS apresenta os seguintes pontos:

- Orçamento insuficiente para cobertura de despesas contratadas;
- Orçamento insuficiente frente às necessidades da população, com altíssimo risco de desassistência da população;

- Descumprimento de pactuações e apontamentos realizados pelo Controle Social e Ministério Público;
- Manutenção da tendência de redução do financiamento municipal para Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Esta é a maior defasagem já vista entre a solicitação inicial da SMS de recursos para as despesas do ano de 2023. A solicitação foi de R\$ 778.753.366,32 e a autorização somente de R\$246.999.126,00, representando um corte de 68,28%. A Diretoria do Fundo Municipal de Saúde (DFMS/SMS) estimou que o percentual aplicado em Ações e Serviços Públicos em Saúde em 2023, considerando a previsão da Receita Líquida de Impostos e Transferências informada pela Secretaria Municipal de Planejamento e Assuntos Estratégicos (SMPAE), é a de que o valor orçado seria de 17,20%, ainda menor que os percentual executado em 2021.

Destacamos, ainda, o retrocesso no PMS 2022-25, onde o atual governo retira a meta de ampliação para 20% de recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), contrariando o compromisso da gestão anterior em ampliar e priorizar a aplicação de recursos próprios em Saúde e inclui uma meta de aplicação de apenas 15%, que é o mínimo previsto por lei, demonstrando a sua desresponsabilização em atender as necessidades em saúde da população e cumprir com seu dever legal, clínico e sanitário.

Destacamos que a estratégia prioritária de cortes no orçamento em saúde que impõe o desfinanciamento ao SUS na cidade tem se caracterizado por uma estratégia de cortes com os gastos de pessoal. Estes cortes não se justificam, pois os Relatórios de Gestão Fiscal indicam que estamos abaixo do limite prudencial.

b) As últimas conferências têm apontado que as Políticas de Atenção Básica e de Saúde Mental são prioritárias para o município e são as que mais vem sendo atingidas pela precarização dos serviços. Nos últimos anos houve diminuição do número de Unidades de Saúde, de 140 para 135, e com uma ampliação da cobertura de saúde da família insignificante frente ao aumento de gastos com os contratos da atenção básica, conforme série histórica de 54,1% em 2018 para 55,74% em 2022. Hoje, das 135 Unidades de Saúde, apenas 5 são próprias do municípios, com repasse de 116 Unidades de Saúde para diferentes empresas privadas e 14 conveniadas (12 US GHC, 01 US HCPA, 01 PUCRS). Este dado corresponde a 85% de Unidades de Saúde terceirizadas, desrespeitando desta forma o que prevê a Legislação sobre a complementaridade da iniciativa privada no SUS, além de se ferir o princípio da Universalidade com vários modelos de atenção básica e diferentes formas de atendimento da população dentro do mesmo município.

Tivemos a perda de equipes multiprofissionais nos territórios através dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), aliado à diminuição do número de ACS e ACE, com o enfraquecimento da prevenção e promoção da saúde, além de déficit de serviços de saúde mental nos territórios. Vivenciamos uma realidade de precarização e sucateamento do serviço público, sem o provimento da força de trabalho necessária para dar conta dos atendimentos à população.

A entrega do serviço público para as empresas privadas gera dependência a essas entidades, reduzindo a capacidade de gestão pública das mesmas, bem como do controle social efetivo. As consequências desta forma de contratualização/terceirização vem gerando alta rotatividade d@s trabalhador@s nos serviços, vínculos de trabalho precários, disparidades de salários, que impossibilita a qualificação e o vínculo necessário para prestar um serviço efetivo à comunidade, contrariando os princípios e diretrizes do SUS, as diretrizes da PNAB e da RAPS.

Precisamos reafirmar a defesa histórica da Saúde da família pelo Controle Social, como modelo na atenção básica, bem como de serviços de saúde mental com base territorial, com a garantia de provimento d@s trabalhador@s através de cargos públicos, garantido assim, os atributos da atenção básica de continuidade do atendimento, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, e do vínculo forte do cuidado em saúde mental, deliberado nas últimas conferências municipais de saúde (2015, 2019).

O desmonte do SUS nas esferas municipal, estadual e nacional das Políticas Públicas precisa ser enfrentado urgentemente por meio da **revogação de todos os atos normativos, sejam eles constitucionais, legais ou infralegais**, que atentem contra a dignidade da pessoa humana e contra os direitos sociais, e que ferem os princípios e diretrizes do SUS como a universalidade e a integralidade.

Assim, incluímos abaixo diretrizes e propostas que foram apresentadas nas pré-conferências livres democráticas e populares em junho de 2022, conforme consta no Regimento da Conferência, como elementos de acúmulo do processo de debate preparatório para a 17ª Conferência Nacional de Saúde, que incluiu a Conferência Nacional de Saúde livre, democrática e popular, coordenada pela Frente pela Vida como etapa preparatória, com objetivo de retomarmos o acúmulo sobre o tema e os posicionamentos desse processo para que sejam considerados como parte das propostas sobre os temas deste Eixo.

Política pública de saúde participativa, com financiamento adequado e com efetivo controle social:

1. Disputar e propor a criação de uma nova emenda constitucional que estabeleça outra regra fiscal em substituição a essa Emenda Constitucional 95 que prejudicou o financiamento e a saúde da população;
2. Estabelecer nova regra de pactuação do piso federal do SUS, a saber que inclua: média do valor empenhado em 2020 e 2021 acrescida (i) da variação anual do IPCA; (ii) de um fator de redução da iniquidade calculada pela renúncia de receita (gasto tributário) para o setor saúde nos últimos anos e (iii) de um fator demográfico calculado pelo crescimento da população idosa nos últimos anos.
3. Avançar no co-financiamento tripartite do SUS estabelecendo para 2024 o piso federal com valor per capita, sendo que no mínimo 50% do gasto público seria do governo federal ou equivalente a no mínimo 3% do PIB, ficando a outra metade como responsabilidade dos estados, Distrito Federal e municípios.
4. Reverter a relação do atual percentual de repasse de recursos do SUS do setor privado (saúde suplementar) para o financiamento do setor público e para o SUS, meta inicial que no mínimo 60% do gasto total em saúde seria do setor público (soma da União, Estados, Distrito federal e Municípios), aproximando-se dos padrões adotados nos países mais desenvolvidos e dos sistemas universais.
5. Avançar para a garantir o SUS 100% PÚBLICO reforçando-o como política de Estado, nitidamente definida na Constituição Federal do Brasil de 1988.
6. Fortalecer a gestão democrática e participativa e os mecanismos existentes de controle social.
7. Respeitar a paridade nos fóruns de decisão e órgãos deliberativos das agências de Estado.

8. Garantir a transparência para as informações de saúde e publicização dos mecanismos de acesso das mesmas.

Atenção Básica e Saúde Mental

1. Garantir a ampliação dos recursos previstos para a Política de Saúde Mental do município, através da Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2% para 5% destinados a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, priorizando os serviços de base territorial substitutivos, pois atualmente 80% dos recursos estão sendo destinados para os componentes hospitalares e de internação e menos de 1% do orçamento da saúde é destinado para a saúde mental.
2. Ampliar as despesas com pessoal – servidores públicos de saúde - até o limite prudencial da Lei de Responsabilidade Fiscal, a fim de suprir a força de trabalho da Saúde de forma não terceirizada e garantir a reposição de todas as vacâncias por afastamento definitivo para todos os componentes das Redes de atenção nos serviços próprios.
3. Reestatizar os serviços de saúde terceirizados da Atenção Básica e a Rede de Atenção Psicossocial, através da recontração das/os empregadas/os públicos demitidos do IMESF e da realização de concurso público para preenchimento de vagas suficientes para atender à população dos territórios, atendendo aos princípios e características que regem a atenção básica, como principal porta de acesso ao SUS, em que a SMS/gestão municipal suspenda a forma de contratação e gestão das Unidades Básicas sob gestão das entidades no município;
4. Regulamentar o art. 197 e 199, no inciso I, da Constituição Federal, através de Lei Complementar sobre a complementaridade da assistência à saúde pela iniciativa privada - detalhando o termo “complementar” e o cumprimento das diretrizes do SUS;
5. Revisar a Lei Federal nº 13.019/2014, que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, para retirar a possibilidade de sua aplicabilidade na Saúde.
6. Pactuar o aumento progressivo dos recursos federais destinados à Atenção Básica para fazer frente ao subfinanciamento histórico enfrentado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). A AB e a coordenação do uso dos equipamentos e recursos da Saúde devem ser prestadas por unidades públicas e por servidores públicos.
7. Revogar o Programa Previne Brasil, que desestruturou os fundamentos da ESF, destruindo o financiamento de base populacional e os princípios de território e população sob responsabilidade das equipes. Fortalecimento dos mecanismos de redistribuição de recursos de acordo com as necessidades de saúde e para redução das desigualdades. Retorno do PAB fixo, com ênfase em valor *per capita* de base populacional adequado e do incentivo exclusivo e suficiente para qualificação e universalização da ESF.
8. Universalização da atenção básica através da Estratégia da Saúde da Família (ESF) com a meta de alcançar 100% de cobertura populacional.

09. Modelo de atenção capaz de superar a perspectiva médico-privatista, baseando-se no cuidado multiprofissional e nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e autonomia

10. Garantia da Autonomia Estratégica em Saúde para a segurança e soberania sanitária, a redução da dependência externa de insumos e tecnologias estratégicas e o aumento da capacidade endógena em seu desenvolvimento e produção.

11. Carreira pública nacional para o SUS, organizada cofinanciada pelas três esferas de governo.

12. Desprecarização dos vínculos de trabalho dos trabalhadores na Saúde, em todas as categorias vinculadas ao SUS

13. Retomada do financiamento e valorização dos NASF, reconhecendo seu papel fundamental no apoio matricial, educação permanente e gestão clínica do cuidado nas equipes da ESF. A articulação das atividades e presença de profissionais do NASF nos serviços de APS aumenta a capacidade resolutiva da ESF e a integralidade do cuidado no território.