



VII  
**Conferência  
Municipal  
de Saúde**  
de Canoas

Democracia e Saúde



**CANOAS**  
Criar, construir e viver  
Secretaria Municipal da Saúde



## **VII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANOAS - ANO 2019**

COORDENAÇÃO GERAL

### **Mário Antônio Dhein**

Presidente – Presidente do Conselho  
Municipal de Saúde

### **Fernando Ritter**

Vice-Presidente – Secretário Municipal

### **Eduardo Antonio Favero**

Conselheiro de Saúde - Secretário do  
Conselho Municipal de Saúde

### **Eloir Antonio Vial**

Coordenador geral

### **Janete Flores da Silva**

Coordenadora adjunta

## **MEMBROS DA COMISSÃO ORGANIZADORA POR SEGMENTO**

SEGMENTO USUÁRIOS  
DE SERVIÇOS SUS

Alcindo Pereira

Ana Mossatte

Celia Ricardo

Clarice Paulino

Claudia Lazzarin

Cristiane Garcia de Souza

Eduardo Antonio Favero

Elisabeth Garcia de Freitas

Flavia da Silva Gonçalves

Ione Kusnecof  
Luciane da S. Chaparro  
Janete Flores da Silva  
José Fernando de Sá Pinheiro  
Luiz Paulo Pereira  
Margareth Leite Maciel  
Maria da Graça Oliveira  
Mario Antonio Dhein  
Marta Maciel  
Nedi Henriques da Silva  
Neiderlan Dalfolo Ribeiro

SEGMENTO GESTOR SUS

Eloir Antonio Vial  
Loara Helena Maciel Barbosa  
Patrícia Messa Urrutigaray  
Robianca Munaretti  
Vanessa Dornelles de Oliveira

SEGMENTO TRABALHADOR DA  
SAÚDE SUS

Andréa Frasson  
Cíntia Strim  
Elisiane da Costa Amorim  
Eneida Gonçalves Pereira  
Gilberto Fernando Kondach  
Isabel Cristina Chueiry Ferreira  
Marta Salete Chaves  
Silvério Henrique Maciel  
Simone Crippa  
Simone Glim

SEGMENTO PRESTADOR DE  
SERVIÇOS SUS

Ana Rita Süffert  
Cristiane Campos  
Fernando Diessel

Thais Fernanda Barreto  
Vitória Souza Soares

## **COORDENADORES DE SUBCOMISSÕES**

- Secretário-geral  
Gilberto Fernando Kondach
  
- Secretário adjunto  
Vinícius Freitas da Silva
  
- Coordenador da Comissão de  
Formulação e Programação  
Leandro Abreu de Souza
  
- Coordenador adjunto da Comissão de  
Formulação e Programação  
André Moutta
  
- Coordenador de Relatoria  
Paola Frizzo Pasquoto
  
- Coordenador adjunto de Relatoria  
Caroline Do Val Marques
  
- Coordenador da Comissão de  
Comunicação, Informação e Divulgação  
Loara Helena Barbosa
  
- Coordenador adjunto da Comissão de  
Comunicação, Informação e Divulgação  
Andrea Frasson
  
- Coordenador da Comissão de  
Infraestrutura, Orçamento e Finanças  
Vanessa Dornelles de Oliveira
  
- Coordenador adjunto da Comissão de  
Infraestrutura, Orçamento e Finanças  
Isabel Cherry

– Coordenador da Comissão de  
Mobilização e de Articulação  
Ronaldo da Silva Santa Cruz

– Coordenador adjunto da Comissão  
de Mobilização e Articulação  
Margareth Leite Maciel

– Coordenador da Comissão de Rela-  
ções Intersetoriais  
Thais Fernanda Barreto

– Coordenador adjunto da Comissão  
de Relações Intersetoriais  
Neidarlan Dalfolo Ribeiro

– Coordenador da Comissão de Rela-  
ções Institucionais  
Cíntia Strim

– Coordenador adjunto da Comissão  
de Relações Institucionais  
Robianca Munaretti

# APRESENTAÇÃO

## **O que é o Sistema Único de Saúde (SUS)?**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

## **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)**

**Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar esse direito, sendo que o acesso a ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

**Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar igualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

**Integralidade:** esse princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, a fim de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

## **Responsabilidades dos entes que compõem o SUS**

## **União**

A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O Governo Federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, e Estados e Municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (Estados, Municípios, ONGs, fundações, empresas, etc). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

## **Estados e Distrito Federal**

Os Estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o Estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

## **Municípios**

São responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo Estado. O Município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

Fonte <http://portalms.saude.gov.br>

## **Objetivos das Conferências de Saúde:**

# AS PRÉ-CONFERÊNCIAS

- Discutir a situação de saúde da população.
- Aprovar diretrizes para as políticas de saúde.
- Eleger os delegados para a Conferência Estadual de Saúde.

## **A realização de pré-conferências:**

A organização das pré-conferências deve estar prevista no regulamento. Não existe a obrigatoriedade legal da realização das pré-conferências, mas elas ampliam a participação da população. As pré-conferências são realizadas, geralmente, por região de abrangência das unidades de saúde ou por local de moradia. No entanto, podem ser organizadas por temas específicos.

É importante organizar um roteiro de perguntas que orientem os trabalhos de grupo nas pré-conferências. Por exemplo: quais são os principais problemas de saúde percebidos pela população? Quais as causas destes problemas? O que pode ser feito para resolver ou melhorar esta situação?

## **Eleição dos delegados para participar das Conferências de Saúde:**

O número de delegados por segmento e sua forma de eleição e inscrição deve estar prevista no regulamento.

Os delegados não podem se autorrepresentar na conferência. Devem ser indicados por uma entidade, garantindo a representatividade no processo.

É fundamental caracterizar no regulamento quem pode representar cada um dos segmentos. Parte-se do entendimento de que pessoas que ocupem cargos de confiança na administração pública ou que recebam recursos públicos não podem representar usuários e trabalhadores de saúde. Esses devem estar representando os gestores ou prestadores de saúde.

## **Debate e aprovação de propostas:**

A apresentação prévia de teses (textos elaborados pelos movimentos sociais) contribui muito com o debate da situação de saúde da população.

Cabe à comissão organizadora providenciar cópia das teses para todos os delegados da conferência de saúde.

## EIXOS:

### **1- Saúde como direito**

A definição de que a saúde compõe um direito de todas as pessoas e grupos não é uma invenção do processo de reforma sanitária brasileira e tampouco foi inserido na Constituição Brasileira de forma inédita. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 1948, menciona em seu artigo 25 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.

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.

Ainda, para que a saúde seja tratada como direito humano, além de

universal e indivisível, os direitos devem ser interdependentes, o que significa que, para termos saúde de qualidade, dependemos que outros direitos, não especificamente de ações e serviços de saúde, mas que condicionam e determinam o bem viver, sejam também garantidos. Colocar a saúde como um direito humano significa considerar que a saúde é uma prerrogativa de todo cidadão, ou seja, o direito à saúde é indissociável do direito à vida.

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 e que, até os dias de hoje, é considerada um marco na história da construção das conferências de saúde e do SUS. Para muitos, essa conferência é lembrada como “um divisor de águas” da democracia participativa, por ter sido a primeira Conferência Nacional de 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 foi inspiradora para 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), reafirmando a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

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.

O momento atual, que inclui uma crise moral e ética relevante, também coloca em questão o processo histórico que antecedeu à Constituição atual. Mas é importante lembrar que os problemas de saúde que vivemos atualmente não são idênticos aqueles que o Brasil vivia até o final da década de 1980. Avanços importantes no acesso a ações e serviços de saúde são visíveis e a negação dessa condição é argumento político dos setores que pretendem destruir essa conquista.

Um exemplo, apenas, para recuperar a memória. Até o início da década de 1980, o acesso à assistência à saúde no sistema público era restrito na maior parte das condições aos contribuintes da Previdência Social, ou seja, aos trabalhadores do mercado formal de trabalho (com carteira assinada). Uma parte importante da população, sem emprego formal ou em situação de desemprego, somente tinha acesso a ações de saúde pública e prevenção de doenças.

Para esses segmentos da população, nas cidades e no campo, a assistência centrada nas doenças era feita em serviços filantrópicos, quando disponíveis, ou com o pagamento dos serviços. Ou seja, essa assistência, que vulnerabilizava as pessoas, gerava ainda mais vulnerabilidade, com maior afastamento ao trabalho e fragilização econômica.

A partir da Constituição, com o reconhecimento legal da saúde como direito e dever do Estado, 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 têm como contribuintes as pessoas físicas e jurídicas que circulam pelo território.

Uma vez aprovada a Constituição Federal, por meio da qual foi criado o SUS, havia a necessidade de uma legislação específica que a regulamentasse. No caso, a Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 19 de setembro de 1990 (Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências).

## **O CONTROLE SOCIAL NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE**

Como essa lei sofreu vários vetos do presidente da República, foi complementada, em 28 de dezembro do mesmo ano, pela Lei 8142/90. Essa lei regula a participação social por meio de instâncias oficiais de Controle Social, quais sejam: Conselhos de Saúde e 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. Já 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 dessas 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 esses espaços de participação e ainda fazer com que o cidadão perceba o seu papel fundamental na reivindicação pelo direito à saúde e no controle social do SUS.

### **PERGUNTAS ESTIMULADORAS PARA O DEBATE**

Quais obstáculos/dificuldades são percebidos no seu território para que as pessoas tenham o direito à saúde? Os condicionantes da saúde (trabalho, educação, transporte, moradia, lazer, alimentação, etc) estão acessíveis a todas as pessoas? As especificidades de cada pessoa são respeitadas? As condições e fatores que expõem as pessoas a condições de vulnerabilidade são reconhecidas? Como tem sido a sua participação e do seu grupo social na garantia do direito a saúde no seu território?

### **2- Consolidação dos princípios do SUS**

O SUS pode ser entendido a partir de um núcleo único, no qual concentram-se os seus princípios doutrinários e organizativos.

Os princípios doutrinários, aqueles chamados de princípios ideológicos do SUS, conferem legitimidade ao Sistema, além de definirem os rumos para a sua implantação. São eles: universalidade, equidade e integralidade.

Os princípios organizativos tratam da sua organização a partir dos princípios doutrinários e orientam o processo a fim de concretizar o SUS na prática, sendo eles: regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação social.

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 gestões compartilhadas, 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. O modelo de gestão representa as principais determinações, vontades e expectativas do gestor de como as coisas devem acontecer, está além da prática gerencial, é um processo técnico, político e social de produzir resultados.

Neste momento, é fundamental a reafirmação das diretrizes que devem nortear o modelo de gestão a ser implementado no SUS:

Gestão de carácter estratégico e participativo;

Formulação e execução de políticas econômicas e sociais, com impacto na redução de riscos de doenças e de outros agravos;

Formulação e execução de políticas econômicas e sociais que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

Execução, direta pelo Estado, de ações e serviços de saúde;

Carácter complementar da participação da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde, que devem estar submetidas às diretrizes do SUS, incluindo o controle social;

Organização das ações e dos serviços de saúde de forma regionalizada, hierarquizada em níveis de complexidade crescente e articulada em redes de atenção;

Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, com promoção de equidade;

Aplicação de recursos financeiros em ações e serviços públicos de saúde de forma constante, crescente e suficiente por parte da União, do Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

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

Os Modelos de Atenção à Saúde referem-se a combinações e estruturação de tecnologias que devem servir para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades, individuais ou coletivas, de saúde da população. Por essa característica, as escolhas em torno do modelo de atenção é palco de disputas por projetos no campo da saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços.

No âmbito do SUS, a organização da atenção à saúde deve considerar, além, é claro, dos três princípios fundamentais, 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: gestores, prestadores, trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde.

### **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 e 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.

Nessa perspectiva, é importante que a assistência seja organizada pela lógica da centralidade de uma atenção básica orientadora e ordenado-

ra 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**

A expansão da Saúde da Família nos últimos anos tornou-se uma das principais estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil.

Embora ainda em implementação, melhoramento, ampliação e qualificação, a ESF já conta com avanços significativos: alcançou melhoria de indicadores da cobertura vacinal, redução da desnutrição, da morbimortalidade infantil e da mortalidade materna, melhoria do acesso a serviços odontológicos, redução das internações desnecessárias, acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da Educação Popular em Saúde, redução do número de mortes por causas evitáveis, ampliação do acesso a medicamentos pelo Programa Farmácia Popular, entre outros.

Tais avanços se deram, em parte, por medidas como:

- Criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);

- Ampliação e as novas diretrizes do Telessaúde;

- Criação do Programa Brasil Sorridente;

- Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);

- Criação do Programa Mais Médicos.

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

Que práticas, saberes e tecnologias devem ser incorporadas no modelo de integralidade, nos diferentes níveis de atenção, para que as ações do SUS produzam melhorias na saúde das pessoas? Quais são os grandes desafios para a gestão estratégica e participativa do SUS nos próximos anos?

Como assegurar a participação ativa da comunidade na elaboração e execução das ações de saúde no seu território?

### **3- Financiamento adequado e suficiente para o SUS**

Diretriz: garantir a saúde como um direito constitucional, assegurando que o sistema público de saúde receba os recursos financeiros suficientes para uma saúde universal de qualidade, segundo as necessidades da população.

Apesar de ser um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS) é complexo e enfrenta inúmeros desafios que, somados, tornam seus serviços ineficientes. Especialistas são unânimes que não há como dissociar a má gestão da escassez de recursos – uma das principais dificuldades enfrentadas pela gestão da saúde pública.

A atual forma de financiamento público do SUS determina que União, Estados e Municípios separem parte da receita para o sistema. A instabilidade econômica também prejudica o financiamento do SUS, já que causa, muitas vezes, insuficiência de recursos, dificultando a gestão.

A Emenda Constitucional 29, de 2000, garante uma quantidade mínima de investimentos para cada esfera de Governo em saúde. O artigo 31 e ss., da Lei 8080/90, define a forma de financiamento do Sistema Único de Saúde, sendo que o orçamento da Seguridade Social é destinado ao SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social. Tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

A norma legal definiu que os Municípios e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 15%

da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 da CF/88 e dos recursos provenientes do art. 158 da CF/88.

Os Estados devem aplicar, anualmente, 12% da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 155 da CF/88 e dos recursos que tratam o art. 157 da CF/88.

De outro modo, a União, conforme definido na Lei Complementar 141/2012, aplica, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrido no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual.

Ocorre que devido, ao baixo crescimento do PIB, a participação da União no financiamento do SUS vem diminuindo gradativamente. Por exemplo, o PIB de 2015 diminuiu 3,8% em relação ao ano de 2014, que teve o PIB fechado em 0,1%.

Outro problema apontado diz respeito à formação dos profissionais que, cada vez mais, tem se distanciado das características do SUS e das necessidades de saúde da população. Outro gargalo é a falta de profissionalização e de qualificação dos gestores na área.

Propostas:

Revogação da Emenda Constitucional nº 86, de 2015, que trata do orçamento impositivo, por retirar recursos da saúde pública, e da Emenda Constitucional nº 95, de 2016, que congela o gasto primário da União por 20 anos;

Restringir a participação da iniciativa privada no SUS ao seu caráter suplementar;

Aumentar o financiamento de pesquisas estratégicas e o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde a fim de fortalecer o intercâmbio entre as pesquisas científicas e políticas de saúde;

Revogar a Lei de Responsabilidade Fiscal, que inclui o gasto com pessoal da saúde nos limites por ente federado por inconstitucionalidade;

Recursos do Pré-Sal destinados para a Saúde;

Extinção dos subsídios e empréstimos a juros subsidiados às indústrias multinacionais de medicamentos e isenções fiscais à importação de medicamentos para o setor privado;

Revogação do artigo 142 da Lei 13097/2015, que permite a entrada de capital estrangeiro na assistência à saúde;

Investimento em laboratórios farmacêuticos públicos e estatais para produção de medicamentos de interesse do SUS;

Garantir 10% do PIB para a saúde pública.

### **PERGUNTAS ESTIMULADORAS PARA O DEBATE**

Quais os principais problemas do financiamento insuficiente do SUS para o município? Qual a repercussão?

Quais as principais propostas/ações para reverter e/ou amenizar esse problema em âmbito municipal, estadual e federal?

### **4- Gestão que unifique o SUS**

O desafio atual é conseguir a contribuição de cada usuário, profissional de saúde, gestor e prestador para que a gestão participativa, vestida da bandeira da democracia e saúde, possa ser uma poderosa guardiã da Constituição Federal na defesa do direito humano fundamental à saúde.

Defender o SUS significa defender ações e serviços de saúde para a totalidade da população brasileira, sendo que, para mais de 75% dessa população, o SUS é a única opção de assistência à saúde, e defender conquistas que são exemplos para o mundo.

Os enfrentamentos em um ambiente democrático que permitiram que as diferentes forças sociais (majoritariamente sem ligações partidárias, vinculadas ao um amplo leque de organizações da sociedade civil, que vai de organizações de usuários representantes de patologias, passando por organizações religiosas, indo a profissionais de saúde, a gestores e a populações em situação de vulnerabilidade) conseguissem, mesmo de forma subfinanciada, importantes vitórias na defesa do SUS e da saúde como direito, como a Lei 8142/90, que deu materia-

lidade ao princípio do SUS, da participação da comunidade na gestão da saúde, dando caráter legal às Conferências e aos Conselhos, sendo fundamental para os defensores dos avanços do SUS, permitindo que o caráter deliberativo da gestão participativa tivesse “força de lei”, consagrando o papel do controle social em relação a saúde, permitindo a formulação, fiscalização e mobilização da sociedade.

O controle social pode ser entendido como a participação do cidadão na gestão pública: fiscalização, monitoramento e controle das ações da administração pública. É um importante mecanismo de fortalecimento da cidadania, que contribui para aproximar a sociedade do Estado, abrindo a oportunidade de os cidadãos acompanharem as ações dos Governos e cobrarem uma boa gestão da coisa pública.

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 esses espaços de participação e ainda fazer com que o cidadão perceba o seu papel fundamental na reivindicação pelo direito à saúde e no controle social do SUS.

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 compartilhada, 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.

Neste modelo, a gestão estratégica e participativa do SUS está fundamentada na distribuição de competências entre a União, os Estados e os Municípios, cabendo as 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.

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

### **PERGUNTAS ESTIMULADORAS PARA O DEBATE**

Que práticas, saberes e tecnologias devem ser incorporadas no modelo de integralidade, nos diferentes níveis de atenção, para que as ações do SUS produzam melhorias na saúde das pessoas?

Quais são os grandes desafios para a gestão estratégica e participativa do SUS nos próximos anos?

Como assegurar a participação ativa da comunidade na elaboração e execução das ações de saúde no seu território?

*\*Texto adaptado do Documento  
Norteador da Conferência  
Nacional de Saúde.*







**CANOAS**  
Criar, construir e viver  
Secretaria Municipal da Saúde