

TESES-GUIA INSCRITAS À 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ (2009)

Assinam as teses-guia:

- ✓ APP-SINDICATO – Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Paraná;
- ✓ FOPS/PR – Fórum Popular de Saúde do Paraná;
- ✓ SINDPETRO-PR/SC – Sindicato dos Petroleiros do Paraná e Santa Catarina;
- ✓ SINDSAÚDE/PR - Sindicato dos Trabalhadores e Servidores Públicos Estaduais dos Serviços de Saúde e Previdência do Paraná
- ✓ SINPAR – Sindicato dos Nutricionistas do Paraná;
- ✓ SISMUC – Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Curitiba;
- ✓ SITRAVEST – Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias do Vestuário de Curitiba e Região.

Índice:

- ❖ *“A (des)assistência do SUS-PR como política de gestão: o processo de descentralização e os impactos na assistência no Paraná” (p. 2-4)*
- ❖ *“Controle Social” (p. 5-7)*
- ❖ *“Financiamento: o governo do estado do Paraná não cumpre a EC-29” (p. 8-10)*
- ❖ *“Gestão do Trabalho no SUS Paraná: pelo chamamento dos aprovados no concurso público e desprecarização dos serviços” (11-12)*
- ❖ *“Rede de assistência em urgência e emergência do SUS Paraná: repensando o modelo de Unidades de Pronto-Atendimento – UPA” (13-15)*
- ❖ Documento que referenda as teses, conforme regulamento, entregue à Comissão Organizadora da 9ª CES (p. 16)¹

¹ A APP-Sindicato encontra-se ausente do referendo, pois não conseguiu aprovar a assinatura das teses em diretoria em tempo hábil, fato que ocorreu posteriormente, e a tese será utilizada pela organização da 9ª CES sem a assinatura.

A (DES)ASSISTÊNCIA DO SUS-PR COMO POLÍTICA DE GESTÃO: O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO E OS IMPACTOS NA ASSISTÊNCIA NO PARANÁ

Antes da criação do SUS, a maioria das decisões e dos recursos financeiros gastos com a saúde da população no nosso país vinha do Governo Federal. Como o Brasil é um país de dimensões continentais, com regiões muito diferentes entre si, com características políticas, econômicas, sociais, ambientais e climáticas muito distintas, a população tem condições de alimentação, moradia, trabalho, etc, e acesso a equipamentos de saúde também distintos. Esta administração centralizada da saúde mostrou-se ineficiente. Sem conseguir gerir necessidades tão diferenciadas, desperdiçavam-se recursos em determinados locais, fazendo faltar em outros. Além disso, governos estaduais e municipais muitas vezes não se responsabilizavam pelas questões de saúde.

O movimento sanitário da década de 1980 já defendia um processo de **descentralização** da saúde. Essa defesa se baseava na análise de que quanto mais próximas as decisões fossem tomadas melhor seriam controladas pela população e teriam maiores chances de acerto. Neste contexto, a atenção básica ficaria sob responsabilidade dos municípios, média e alta complexidade dos estados e união.

Ainda que desde seu início a implantação do SUS previu a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde, a Lei Orgânica de Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, não desresponsabiliza totalmente os estados destes serviços. A lei acima citada define em seu artigo 17 que à direção estadual do SUS compete, entre outras responsabilidades, a execução de ações e serviços de saúde, mesmo que em caráter suplementar aos executados pelos municípios, e ações que podem ser compreendidas como média e alta complexidade, identificadas no mesmo artigo. Ainda, segundo esta lei, Estados e União devem cooperar técnica e financeiramente com os municípios.

O Paraná, desde a década de 1990, teve sérias distorções no processo de descentralização. No início da década, a Secretaria Estadual de Saúde – SESA, estava presente em todos os municípios, e organizava desde a atenção básica até o atendimento especializado. Primeiramente, como era de se esperar, as unidades básicas foram municipalizadas, juntamente com equipamentos e funcionários. Ocorre que alguns hospitais que integravam a rede estadual também foram municipalizados mediante convênios, em um processo que não levou em consideração se os municípios teriam condições de gerenciar e manter as altas despesas demandadas por um serviço hospitalar.

Os convênios de municipalização previam que os hospitais deveriam ter sua capacidade utilizada apenas no atendimento de pacientes do SUS. Vários destes hospitais tiveram parte da sua capacidade instalada repassados para o setor privado, gerando um encolhimento na oferta de serviços para os pacientes do SUS que necessitavam deste atendimento. Além disso, observa-se nestes locais um sucateamento estrutural bastante grande e precarização das relações de trabalho.

Na média complexidade também podemos acompanhar o que ocorreu com Centros Regionais de Especialidades (CRE). Dos 23 CREs existentes, uma parte foi repassada para convênios e o CRE Marechal foi fechado. No fechamento a SESA alegou que os profissionais e pacientes seriam redistribuídos entre o CRE Barão e o CRE Kennedy. Levando em consideração que a demanda por especialidades aumenta na medida em que a população aumenta e envelhece, a medida deveria ser de aumentar e não de fechar o serviço.

Apenas a construção de novos hospitais garantirá a assistência?

Por outro lado, a administração do Secretário Claudio Xavier, já no primeiro Governo Requião, deu início a uma série de obras de hospitais, o que não deixa de ser necessário e importante para a consolidação do SUS. O problema é que não foi levado em consideração que a operação destes equipamentos é muito cara e que seriam necessários investimentos em recursos humanos e insumos por parte do estado. Conseqüência desta falta de planejamento é que grande parte destes equipamentos está funcionando parcialmente e algumas obras encontram-se paradas.

O Estado do Paraná, independentemente da gestão, tem se retirado sistematicamente da assistência. Este fato convive com subfinanciamento do SUS e uma sucessiva maquiagem contábil para atingir o percentual definido pela EC-29. Portanto é preciso garantir o adequado aporte de recursos financeiros no SUS-PR.

Desassistência Estadual como Política de Gestão

A desassistência por parte das secretarias estaduais de saúde vem sendo defendida por entidades compostas por gestores estaduais. Uma publicação recente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – composta por secretários estaduais de saúde - em parceria com o Ministério da Saúde, intitulada SUS 20 ANOS, coloca como prioritário o papel regulador dos Estados, defendendo que, quanto menos as Secretarias de Saúde se envolverem diretamente com a prestação de serviços assistenciais, mais terão condições de exercer o seu papel de coordenador do SUS no âmbito estadual.

Esta publicação defende também que a administração dos equipamentos públicos como hospitais ou bancos de sangue pode ser feito de maneira direta ou indireta, ou seja, pode ser repassada para grupos filantrópicos ou privados. Para o CONASS, a única função que tem que ser exclusiva do Estado é o de gestor do sistema.

Desta forma, coloca como alternativas para a gestão dos serviços de saúde as Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), e ambas já demonstraram não resolverem o problema de gestão em vários estados e municípios. Coloca também como alternativas as Fundações de Apoio Universitário, autarquias e a Fundação Estatal de Direito Privado, sendo que esta última tem recebido forte oposição dos movimentos sociais e sindicais ligados à saúde, inclusive do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todas as modalidades acima citadas podem ser consideradas formas de terceirização, levam à precarização das relações de trabalho e do atendimento à população, indo contra os princípios do SUS e tudo o que historicamente foi defendido pelo Movimento Sanitário.

E no SUS-PR? Como está a situação?

De tudo o que foi levantado anteriormente, do processo de retirada do Estado da execução de serviços de saúde e seu financiamento, passando pela passagem indiscriminada da administração das unidades próprias para os municípios e para entes privados, tudo está sendo sistematicamente implantado em nosso estado.

Exemplo claro é a passagem do Centro Hospitalar de Reabilitação para a administração da APR (Associação Paranaense de Reabilitação), que fez teste seletivo para contratação dos funcionários pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, contrariando as normas de contratação para o serviço público no âmbito do SUS. Sem falar que a unidade, “inaugurada” três vezes, ainda funciona parcialmente. Esta unidade teve um elevado valor de custeio nos últimos dois anos, mantendo poucos trabalhadores e um mínimo de atendimento. Quem paga por isso? Sem dúvida, a população.

Propostas:

- Gestão estadual direta das unidades próprias, com trabalhadores concursados.
- Pleno funcionamento das unidades construídas ou em construção garantindo a assistência prestada diretamente pelo SUS-PR.
- Retomada da gestão estadual dos serviços municipalizados quando o município não tiver condições de manter, ou façam assistência para planos de clientela fechada/ particular.

CONTROLE SOCIAL

Nos anos 70 retomaram-se as lutas do início da década de 60 por um novo caráter para os serviços de saúde no Brasil. Era necessário romper com a lógica da caridade e implementar um sistema de saúde que entendesse a saúde como direito de todos.

A mobilização popular, que teve seu auge na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi responsável por delinear as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, como o conhecemos hoje, sendo destaque *“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 sua promoção, proteção e recuperação”* (Artigo 196 da Constituição Federal de 1988).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, adotou-se no Brasil, além da democracia representativa, uma perspectiva participativa, incorporando a atuação da comunidade na gestão das políticas públicas. E por controle social entende-se a participação da sociedade no acompanhamento, formulação e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando os objetivos, processos e resultados.

O caráter representativo da democracia se tornou explícito através do voto. Todavia a participação da sociedade consolidou-se lenta e gradativamente através da década de 1990, na qual, por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90, foram instituídos dois espaços para garantir o controle social institucional: as Conferências e os Conselhos de Saúde. Durante esta década a totalidade dos estados e a grande maioria dos municípios instituíram os seus conselhos de saúde.

A instituição do princípio do controle social, da paridade numérica, a criação dos conselhos e das conferências e a participação dos movimentos sociais nesses espaços constituíram grandes avanços. Porém, gostaríamos de apontar alguns elementos que consideramos fundamentais e que podem contribuir para qualificar o controle social.

1. Romper com o Clientelismo

Historicamente, no Brasil, há uma cultura política de que a população deve votar e ter uma boa relação com os políticos, porque quando precisar de algum “favor”, os políticos irão atendê-la. Essa prática chama-se clientelismo ou políticas de favores.

Em alguns conselhos ainda é comum o gestor influenciar nas eleições, de modo que “amigos políticos” tornem-se os representantes dos usuários. Em outros existem

representantes que acreditam que não devem discordar do gestor por medo de que no futuro sua entidade possa não ter ajuda do gestor público quando necessitar. A qualificação do controle social depende da superação dessa prática.

Os políticos, a população e os representantes das entidades precisam ter claro que saúde é um direito de todos e os governos têm o dever de garanti-la. Não podemos mais admitir que se pense que as consultas, as internações e os atendimentos médico-hospitalares sejam entendidos como concessão de favores dos políticos e gestores.

2. Permanente qualificação técnica e política dos Conselheiros

Não temos dúvidas de que para uma melhor atuação dos conselheiros é fundamental que eles se apropriem da legislação que regulamenta o SUS, que tenham noções de orçamento público e conheçam o funcionamento do sistema. Porém este processo é dificultado, pois a maioria dos gestores não quer compartilhar o poder, não repassa as informações necessárias de forma clara, e esconde-se atrás de uma carapuça de poder político e do saber técnico para impor suas propostas. Por isso, é fundamental que os conselheiros se qualifiquem técnica e politicamente, atribuindo a mesma importância às duas formações, para que possam contrapor a posição hegemônica, mesmo que para isso tenham que contrapor o gestor, que na maior parte dos casos coloca o seu interesse individual acima do coletivo.

Os programas de formação devem ser pautados pelos conselheiros, superando a dicotomia entre conhecimento técnico e político, devendo haver um programa de formação permanente para os conselheiros, sendo a pauta e os formadores decididos pelos conselheiros.

3. Critérios na escolha dos representantes dos usuários e trabalhadores

Por uma questão de princípio ético não se poderia ter entre os usuários entidades que tenham ligação ou dependam dos outros segmentos. O estado de São Paulo, desde 1995, através de seu Código de Saúde (Lei 791/95) definiu, de forma clara, a ilegalidade de determinadas representações em meio aos usuários. Dessa forma **defendemos** que não ocupem vagas de trabalhadores e usuários:

- a) pessoas ligadas aos governos: prefeito, secretários, cargos em comissão, etc;
- b) pessoas ligadas aos prestadores de serviço: presidente, membros da diretoria e/ou conselhos ou qualquer representante ou indicado e seus parentes diretos de toda e qualquer

entidade conveniada ou contratada pelo governo nacional, estado ou poder público municipal.

4. Os “nós” dos Conselhos

O governo estadual desrespeita sistematicamente o controle social do SUS de forma autoritária. Contrariando a Lei, não submete as leis orçamentárias à prévia análise e aprovação do CES-PR, razão pela qual o Ministério Público Estadual ajuizou Ação Civil Pública em 24/08/06. Esse texto não é novo, fez parte da nossa tese para a 8ª Conferência Estadual de Saúde, no entanto essa prática permanece. Prova disso é que a Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2010 foi encaminhada a Assembléia Legislativa antes de passar pelo CES/PR. E tem mais:

*A SESA-PR descumpre as Deliberações das Conferências Estaduais de Saúde, no tocante às políticas de financiamento, recursos humanos e organização das ações e serviços de saúde no Paraná. Com isso, o CES/PR não cumpre com sua principal atribuição: ampliar o espaço público de participação da sociedade na formulação, execução e avaliação do SUS-PR. Dessa forma **propomos** que a 9ª Conferência Estadual de Saúde exija que 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 CES-PR, garantindo-se seu caráter deliberativo e as atribuições de fiscalização e participação na formulação da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e orçamentários.*

Também persistem as práticas de cooptação e truculência explícita de muitos gestores do SUS, que visam segregar quaisquer posicionamentos divergentes aos ditames oficiais. Neste cenário, ampliam-se os ataques ao SUS, com a redução dos recursos da saúde, crescimento das transferências de dinheiro público para o setor privado (privatização) e a precarização das relações de trabalho. A mudança deste quadro exige uma postura crítica, autônoma e independente dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde. A subserviência aos interesses de governos, comprometidos com o capital, coloca em risco o SUS e, conseqüentemente, o direito à saúde da população.

Defendemos ainda a necessidade de reorganização dos movimentos sociais que atuam na área da saúde, resgatando a luta histórica da classe trabalhadora pela superação do modo de produção capitalista, que é adoecedor. Tendo isso em consideração, apontamos para a necessidade de atuação para além dos espaços institucionais, constituindo-se um movimento social de saúde de fato.

FINANCIAMENTO: O GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ NÃO CUMPRE A EC-29

A Constituição Federal – CF, estabelece que 12% dos recursos da arrecadação do estado (ente federado, no caso o Paraná), sobre os impostos listados a seguir, devem ser destinados as ações e serviços de saúde: Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA; Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação – ITCD; Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS; Imposto sobre a Renda Incidente sobre Proventos pagos pelo Estado – IRRF; Fundo de participação dos Estados – FPE; LC 87/96 – Lei Kandir; IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados (deduzida a perda para o FUNDEF).

Nos nove anos que já se passaram da aprovação da vinculação orçamentária para a saúde, o assunto já foi debatido nas 5ª, 6ª, 7ª e 8ª Conferência Estadual de Saúde. Em todas elas, as denúncias e deliberações reafirmaram que o estado deveria promover alteração em sua execução orçamentária, a fim de que a saúde contasse efetivamente com o percentual mínimo de 12%. Podemos citar a deliberação da 8ª Conferência Estadual de Saúde: “cumprimento da emenda constitucional 29, que determina que 12% da arrecadação do estado tem de ser destinado a saúde”.

Para o orçamento de 2010, a Lei Orçamentária proposta pelo governo inclui no orçamento da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA; a destinação de R\$ 17.635.460,00 para prover o funcionamento do sistema médico hospitalar, odontológico e laboratorial do Hospital da Polícia Militar do Paraná, com vistas ao atendimento da saúde de uma clientela restrita: os policiais militares e seus dependentes. Outras ações que não atendem ao conceito de ação e serviço em saúde e que ainda assim estão contabilizados na proposta de Lei Orçamentária para 2010 são: Programa Leite das Crianças (a previsão é de R\$ 85.000.000,00); para a defesa sanitária animal o valor previsto é de R\$ 815.000,00; para os encargos com as pensões para os ex -pacientes de hanseníase destina-se R\$ 10.624.400; para o Sistema de Assistência a Saúde do servidor o valor é de R\$ 104.316.210; para encargos com inativos e pensionistas, a estimativa é de R\$ 106.571.300.

O Executivo precisa esclarecer a origem dos recursos, pois se mantém a anomalia de inserir nas despesas da SESA ações e serviços que não atendem ao disposto na CF, na Portaria MS/GM 2.047, de 05/11/2002 e 5ª e 6ª Diretrizes da Resolução nº 322, de 08/05/2003 do Conselho Nacional de Saúde. É correto afirmar que o não financiamento em saúde impede a expansão dos serviços, o que por consequência afeta o usuário do SUS, que muitas vezes tem imensa dificuldade em obter atendimento. Desconsiderando a vontade e o direito da população, o governo estadual insiste no desrespeito a legislação e as

instâncias do controle social, que já deliberaram sobre a mudança de prática do governo estadual.

Sem recurso suficiente, a SESA não desenvolve as ações necessárias para o cumprimento de suas atribuições. Dado que comprova essa afirmação é a análise realizada sobre a execução orçamentária de 2008. A comissão de orçamento concluiu que 46% do orçamento da SESA não são programas e projetos desenvolvidos por ela mesma, e sim por outras secretarias. Isso significa dizer que, em 2008, somente 54% dos recursos do estado estavam alocados na SESA e sob fiscalização do controle social do SUS. Tal conclusão se encontra no relatório da Comissão de orçamento do CES/PR e é evidencia indiscutível da falta de financiamento na saúde do Paraná.

As auditorias feitas pelo DENASUS - Departamento Nacional de auditoria do SUS, demonstra que o estado tem mantido percentuais bem abaixo do mínimo exigido. Veja os dados:

ANO	VALOR INVESTIDO	O QUE DEIXOU DE SER APLICADO (EM REAIS)
2000	3,26%	R\$ 166.810.000,00
2001	4,42%	R\$ 193.209.000,00
2002	4,70%	R\$ 316.253.000,00
2003	7,36%	não calculado
2004	5,44%	não calculado
2005	7,17%	não calculado
2006	8,38%	R\$ 335.058.499,28

Esses dados demonstram a gravidade da situação. Ainda há recursos executados fora do Fundo Estadual de Saúde, contrariando as disposições legais. A seguir listamos outros problemas: a) a SESA tem evidente debilidade para operar mecanismos rotineiros de auditoria; b) não há acompanhamento efetivo das licitações, o que permite a ocorrência de superfaturamentos e desvios; c) as emendas parlamentares nos orçamentos federal e estadual que atendem apenas a interesses localizados e não contemplam as prioridades definidas nos planos de saúde e planos plurianuais de investimento. Parte das emendas atendem aos interesses das entidades privadas e filantrópicas da saúde, que recebem recursos para compra de equipamentos de ultima geração, reformas na estrutura predial e que nem sempre atendem somente a usuários do SUS. Com isso, o dinheiro do povo atende a interesses particulares.

O Conselho Estadual de Saúde do Paraná – CES/PR, tem analisado a prestação de contas da SESA e insistentemente tem afirmado que o percentual mínimo é de 12%. Ocorre

que apesar da constatação que os gastos não atingem o percentual mínimo, o CES/PR, nos últimos 9 anos, tem aprovado a execução financeira com ressalvas. A última votação da prestação de contas da SESA, apenas 4 entidades de usuários (Pastoral da Saúde, FOPS, SindPetro e CUT) e 2 de trabalhadores (SindSaúde e Conselho Regional de Medicina Veterinária) votaram pela não aprovação das contas. A aprovação com ressalvas é bastante confortável para o gestor, pois conta com a benevolência do controle social para o não atendimento da CF. O discurso de que a não aprovação das contas prejudicaria ainda mais os usuários do SUS é bastante utilizado; em contrapartida, se há demanda reprimida, filas enormes para consultas e exames especializados, atenção básica que precisa ser ampliada, Vigilância Sanitária com atuação muito limitada, se há poucos serviços em saúde mental, e saúde do trabalhador, etc, é porque falta recursos do estado no SUS, o que vem sufocando inclusive as administrações municipais.

Propostas:

- 1) Responsabilizar o secretário de saúde por sua omissão ao não exigir que o estado do Paraná cumpra integralmente a emenda constitucional 29. Desta forma, o secretário do estado da saúde se torna solidário com a ilegalidade e inconstitucionalidade do estado do Paraná em não aplicar os recursos mínimos de 12% previstos para ação e serviço em saúde.
- 2) A 9ª Conferência Estadual de Saúde solicita ao MP que atue no sentido de manter as auditorias do MS sobre a execução orçamentária da SESA e ingresse com novas ações civis públicas;
- 3) As prestações de contas nas quais não ficar provado que foi aplicado 12% em ações e serviços de saúde, conforme dispõe a CF, a portaria 2047 do MS e a Resolução 322 do CNS, devem ser desaprovadas pelo CES/PR;
- 4) Que o CES/PR atue no sentido de alterar a LOA 2010 e na realização de audiências públicas regionalizadas, para mobilizar a população na defesa da correção da aplicação dos recursos do SUS;
- 5) Criar equipe multiprofissional através do chamamento de profissionais aprovados em concurso público para o Sistema Estadual de Auditoria;
- 6) Monitorar o cumprimento, por parte dos municípios, a respeito dos Planos de Saúde, Relatório de Gestão e Fundos de Saúde, incluindo esses dados no relatório de gestão da SESA;
- 7) Otimizar a implementação de sistema informatizado que permita mais eficiência e agilidade para o Departamento de Regulação e suas Divisões.

GESTÃO DO TRABALHO NO SUS PARANÁ: PELO CHAMAMENTO DOS APROVADOS NO CONCURSO PÚBLICO E DESPRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A definição do trabalho na saúde pode ser descrita como aquela que exige uma relação interpessoal muito intensa. O atendimento, o cuidar de uma pessoa em estado físico, mental ou emocional marcado pela fragilidade, exige do profissional uma integração das habilidades manual, técnica e emocional. A eficácia do ato em saúde depende, sobretudo, da boa relação profissional-usuário. Por isso, o trabalho na saúde precisa ser entendido em sua dimensão plena.

Apesar da importância estratégica para a boa qualidade dos serviços prestados, a gestão do trabalho na saúde não obtém a atenção e a priorização dos gestores do SUS. Hoje encontramos um quadro no qual grande parte dos municípios contratam trabalhadores via organizações sociais, cooperativas e outros tipos de entes privados. É evidente que tal realidade gera a falta de compromisso com os serviços executados, com a continuidade dos projetos e políticas. Sobre os vínculos precarizados no SUS, o Ministério da Saúde afirma: *"O trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS. Diante dessa situação, este governo entende ser importante o processo de desprecarização do trabalho em saúde com a finalidade de implantar e concretizar uma política de valorização do trabalhador."*

O processo de definhamento na área do SUS, durante a década de 1990, contou com uma dupla estratégia. A primeira é de desmonte da saúde pública, com a criação da universalização excludente. A política pública de saúde foi conduzida de forma a fazer uma política para os pobres. A segunda estratégia consiste em fragmentar os trabalhadores de saúde através de tercerização dos próprios. As péssimas condições de trabalho, o que por um lado, dificulta uma política unificada, e por outro desqualifica o atendimento, gerando profissionais desvalorizados e desmotivados.

Essa lógica sucedeu também em todo Paraná. Considerando que o último da SESA concurso para todas as ocorreu em 1988, a falta de servidores efetivos provocou o chamamento de trabalhadores via processo seletivo simplificado, via Recibo Pagamento de Autônomo e outras formas, em total desacordo com a Constituição Estadual e Federal. De forma geral, podemos afirmar que no eixo gestão do trabalho no SUS os gestores não cumprem os princípios que deram origem ao SUS. São exemplos:

- a) Poucos municípios implementaram Planos de Cargos, Carreiras e Vencimentos próprio da Saúde, conforme rege a lei 8142 de 1990;
- b) No Paraná, não há Mesa de Negociação Permanente do SUS na esfera estadual e municipal;
- c) A educação permanente em saúde apresenta muita fragmentação;
- d) São poucas e extremamente frágeis as experiências de política voltada a proteção da saúde do trabalhador em saúde;
- e) Apesar das deliberações das Conferências de Saúde sobre a jornada de trabalho específica para o setor, não vem sendo respeitada por uma parcela significativa de gestores, seja estadual ou municipal;
- f) Inexistência de concurso público.

É urgente a reversão desse quadro, com a definição de uma política de gestão de trabalho no SUS. O ingresso por concurso é condição inicial de mudança de postura e o início do fim da precarização do trabalho e de suas consequências.

A Secretaria de Estado da Saúde – SESA, realizou concurso público em outubro desse ano. Consideramos importante passo, mas não suficiente. O chamamento dos aprovados é condição para o ingresso de servidores de forma a superar a sobrecarga de trabalho e a falta de equipe completa em todos os setores.

Propostas:

- 1) Divulgar amplamente a Norma Regulamentadora 32 que versa sobre o trabalho na saúde;
- 2) imediata adoção de medidas, a fim de que o ingresso no serviço público ocorra por meio de concurso público.
- 3) Definição de política estabelecida em lei de atenção integral a saúde do trabalhador da saúde.
- 4) Aprovação de Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos próprio para os servidores da saúde.
- 5) Implantação da jornada de trabalho de 30 horas para os servidores da saúde.
- 6) Instalação de Mesas de Negociação Permanente no SUS.
- 7) Que a Escola de Saúde Pública e o Centro Formador de Recursos Humanos destine vagas para os servidores efetivos do Estado e dos municípios, junto com o estabelecimento de uma política de educação permanente.

REDE DE ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS PARANÁ: REPENSANDO O MODELO DE UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO – UPA

A urgência e emergência é talvez o setor da saúde pública mais complexo de relações, e, devido a isso, aquele que praticamente todo gestor do SUS dispensaria de ter que lidar se pudesse. De maneira bem resumida, podemos dizer que assistência em saúde de urgência e emergência é aquela na qual o atendimento envolve necessidade de mobilização coletiva e na qual risco de seqüelas permanentes ao usuário e/ou risco de morte estão em jogo.

Ao longo dos anos de desenvolvimento do SUS, esse tipo de assistência foi aos poucos saindo da competência das unidades básicas de saúde (UBS) e das unidades hospitalares, em direção de unidades próprias, que têm como única finalidade o pronto-atendimento, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), juntamente de outros dois elementos, que é o SAMU e o QualiSUS. E agora, esse modelo de UPA, que se diz integrado mas que na prática fragmenta o sistema, está com vistas a ser implementado aqui no Paraná, repetindo o erro de foco e de modelo que outros estados tiveram nos últimos anos, principalmente Rio de Janeiro e São Paulo.

Mas esse modelo não é totalmente novidade no Paraná, pois em Curitiba existe um modelo muito semelhante, que também não tem demonstrado efetividade, que é o Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM). E pior: além da SESA querer copiar modelos que não tem dado certo, isso é feito sem debate no CES/PR, sendo discutido e encaminhado diretamente entre gestores municipais e estaduais. São os gestores desrespeitando o controle social, como já não é de novidade a quem acompanha o CES/PR... Essa implementação, inclusive, está citada como meta da SESA para 2010, no Relatório Anual de Gestão do 1º semestre de 2009, com pelo menos 15 UPAs previstas.

Os principais problemas que se levantaram em estudos sobre a realidade das UPAs paulistas e fluminenses são: a) superlotação. O principal motivo disso é que os usuários, mesmo sem apresentar caso de urgência, procuram o serviço de pronto-atendimento por não conseguirem atendimento ou efetividade da rede básica. Nas UPAs o atendimento demora para acontecer em média de 6 horas, mas acontece. Outro motivo é a falta de profissionais. No Rio de Janeiro a maioria das UPAs tem infraestrutura adequada e equipamentos, mas déficits de pessoal, principalmente de enfermeiros e médicos especialistas; b) pouca conexão entre essas unidades e o restante da rede, para encaminhar

o que não se consegue resolver ou oferecer tratamento continuado aos casos que carecem; c) alta rotatividade dos trabalhadores envolvidos, devido a condição permanente de sobrecarga de trabalho e remuneração não satisfatória; d) ainda é muito incipiente as ações de capacitação permanente dos trabalhadores dessas unidades, acarretando em baixa capacidade técnica e profissionalização do serviço.

No caso das respostas dos gestores de Curitiba às críticas que se fazem ao CMUMs, é usual que culpem o usuário pela maioria dos problemas desse tipo de unidade, principalmente em relação a superlotação. Em outras palavras, dizem que o usuário não sabe direito o que é de urgência, e a maioria dos que procuram os CMUMs não precisam de atendimento de urgência, causando superlotação das unidades. Se a rede básica não resolve seus problemas, claro que o usuário procurará outro patamar da rede, não pode esperar que a solução caia do céu. Outro detalhe importante é de que, se a rede básica apenas funciona em horário comercial e não funciona no fim-de-semana, quem precisa de atendimento nesses horários vai recorrer aos CMUMs ou outros tipos de unidades de pronto-atendimento, que tem funcionamento 24h. E sem fortalecimento da rede básica, ampliação de sua capacidade de atendimento e efetividade de seu papel – que envolve, inclusive, muitos procedimentos de atenção em urgência – modelos como o CMUM estão destinados a não dar certo.

Avançando um pouco, inclusive acreditamos que unidades especializadas em urgência e emergência não são necessárias, pois é numa mesma unidade que atenção ambulatorial e de urgência devem ocorrer, a unidade básica como porta de entrada do SUS, garantindo a integralidade da assistência. Urgências não resolvidas devem ter serviço de referência e imediato encaminhamento, e a emergência é do papel do pronto-socorro dos hospitais. Preparar unidades com foco em atender usuários apenas em casos agudos, de forma pontual, vai de contra a integralidade do atendimento. Mais a mais, a maioria dos casos de urgência que são atendidos são de doenças crônicas – diabetes, hipertensão, alcoolismo, doença pulmonar obstrutiva, doenças mentais, etc – ou seja, que carecem de acompanhamento, e é de direito do usuário do SUS que assim ocorra. O SUS, organizado de maneira adequada – integralidade das ações inserida numa rede de serviços regionalizada e hierarquizada – não carece de unidades intermediárias entre a baixa, média e alta complexidade.

E para a pergunta que fatalmente surge: “então, porque se aposta em modelos diferentes, se o SUS já tem um plano que dá conta da urgência/emergência?”, temos uma resposta que traz infelicidade mas é verdadeira: aposta-se em modelos como dos CMUMs, em Curitiba, e de UPAs na região sudeste, pois são unidades utilizadas pelos governantes

para exercer populismo e fazer uso eleitoral, além de facilitarem o caminho às terceirizações e privatizações do SUS.

PROPOSTAS:

- 1) Imediata inclusão do debate sobre modelo de rede de atenção em urgência e emergência do SUS Paraná no CES/PR e conselhos municipais de saúde, e que esse seja o caminho para um debate amplo com a sociedade como um todo;
- 2) Pensar o modelo de atenção de urgências e emergências com foco no fortalecimento da rede básica, que é resolutiva em 90% dos casos, desde que instalada segundo os preceitos de atenção primária do SUS, em suas Normas Operacionais Básicas e outros instrumentos de gestão;
- 3) Dispensar, tanto quanto possível, o modelo de unidades especializadas e limitadas em urgência e emergência. Essas unidades devem ser exceção, complementares, e não estruturantes da rede de atenção à saúde, muito menos assumirem papel de porta de entrada do SUS. Muitas vezes não é essa a intenção dos gestores, mas na prática é o que vem ocorrendo nos municípios que contém esse tipo de unidade;
- 4) Uma política de gestão do SUS Paraná que não permita a culpabilização do usuário pelas falhas do sistema: o usuário procura a unidade de pronto-atendimento por não ter à disposição serviços resolutivos e/ou em horários adequados na rede básica;
- 5) Implementação de política de capacitação continuada aos trabalhadores de urgência e emergência, dadas as especificidades do setor. A política deve incluir os profissionais da ponta da rede, tais quais motoristas, vigilantes, recepcionistas e atendentes, que atendem os usuários tanto quanto os outros profissionais, principalmente no que toca a avaliação, acolhimento das necessidades e pedidos dos usuários, sendo agentes cruciais do processo de triagem
- 6) Pautar a emergência com vistas a concretização de políticas públicas intersetoriais e mais amplas, visto que a maioria dos casos de emergência são traumas causados por doenças crônicas (principalmente infartos e paradas respiratórias), acidentes de trânsito e violência urbana, ou seja, foco na prevenção com vista às transformações sociais.

Curitiba, 30 de novembro de 2009.

A/C Comissão Organizadora da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

REFERENDO

Vimos por meio deste referendar as teses listadas abaixo:

- “Financiamento: o governo do estado do Paraná não cumpre a EC-29”;
- “Controle Social”;
- “A (des)assistência do SUS-PR como política de gestão: o processo de descentralização e os impactos na assistência no Paraná”;
- “Gestão do Trabalho no SUS Paraná: pelo chamamento dos aprovados no concurso público e desprecarização dos serviços”;
- “Rede de assistência em urgência e emergência do SUS Paraná: repensando o modelo de Unidades de Pronto-Atendimento – UPA”;

Produzidas através de debate e posterior aprovação de assinatura pelas seguintes entidades:

- APP-Sindicato – Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Paraná;
- FOPS/PR – Fórum Popular de Saúde do Paraná;
- SindPetro-PR/SC – Sindicato dos Petroleiros do Paraná e Santa Catarina;
- SindSaúde/PR - Sindicato dos Trabalhadores e Servidores Públicos Estaduais dos Serviços de Saúde e Previdência do Paraná
- SINPAR – Sindicato dos Nutricionistas do Paraná;
- SISMUC – Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Curitiba;
- SITRAVEST – Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias do Vestuário de Curitiba e Região.

Certos de vossa atenção, desde já agradecemos,

Mari Elaine Rodella
R.G. 3.185.460-1 / C.P.F. 715.002.609-59
Coordenadora Geral do SindSaúde/PR

Prentici Rosa da Silva
R.G. 7.738.023-0 / C.P.F. 041 866.199-56
Integrante da Coordenação Geral do FOPS/PR

Luciano Zanetti
R.G. 4.426.248-7 / C.P.F. 813.454.889-7
Secretário de Saúde do Trabalhador e Tesouraria do SindPetro-PR/SC

Assinam essa tese: APP-Sindicato; FOPS/PR; SindPetro-PR/SC; SindSaúde/PR; SINPAR; SISMUC; SITRAVEST