



PSOL 50

*SOCIALISMO
E LIBERDADE*

Setorial de Saúde

II Seminário Nacional

Niterói - maio 2014

Não existe sociedade saudável dentro do sistema capitalista. A luta por uma população saudável e sistema saúde de qualidade é mais uma faceta de uma outra muito maior: a que busca uma sociedade socialista e com liberdade das pessoas para a vida e sobre corpos.

Última chamada! Já se inscreveu?



II Seminário Nacional de Saúde do PSOL

Niterói, 24 e 25 de maio

Esse documento é uma construção coletiva do Setorial de Saúde do PSOL com o objetivo de apresentar reflexões e diretrizes para os debates programáticos nas eleições de 2014. Foi sistematizado durante o 2o. Seminário Nacional Do Setorial de Saúde do PSOL em Niterói realizado em maio de 2014. Não se trata de um documento acadêmico, mas de uma tentativa de síntese das avaliações e bandeiras de luta dos movimentos sociais gerais e da área da saúde em que estamos inseridos

Está dividido em 3 capítulos:

1

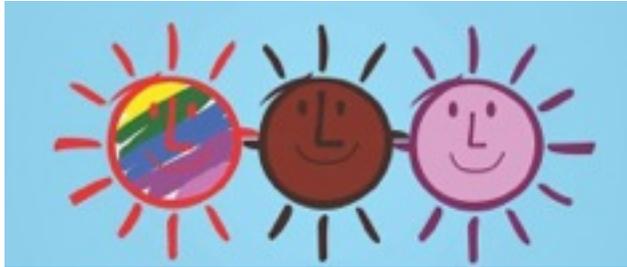
Diretrizes programáticas para eleições

2

Textos escritos para o seminário e promover o debate

3

Moções aprovadas no seminário.



Diretrizes de programa

- pag 05 - FINANCIAMENTO E GESTÃO
- pag 10 - SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS DE DROGAS
- pag 13 - SAÚDE DA MULHER
- pag 16 - SAÚDE LGBT
- pag 18 - SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA
- pag 20 - ATENÇÃO BÁSICA E MODELO ASSISTENCIAL
- pag 24 - FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
- pag 26 - CONTROLE SOCIAL

Textos

- pag 28 - DA REFORMA SANITÁRIA AO SUS. ONDE FOMOS PARAR?
- pag 35 - PROGRAMAS ESTADUAIS DE SAÚDE
- pag 40 - POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DROGAS
- pag 45 - ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
- pag 52 - FORMAÇÃO EM SAÚDE
- pag 57 - CONTROLE SOCIAL
- pag 60 - SAÚDE DA MULHER
- pag 63 - SAÚDE INDÍGENA

Moções

- pag 66 - LEGALIZAR DA MACONHA E CESSAR A GUERRA AOS POBRES: QUESTÕES DE SAÚDE PÚBLICA.
- pag 68 - REPÚDIO À REPRESSÃO DA POLÍCIA CIVIL DO RIO DE JANEIRO CONTRA AS PROSTITUTAS DE NITERÓI
- pag 69 - LUTAR NÃO É CRIME. MOÇÃO DE APOIO A RESIDENTE ELSA ROSO, DA ESP-RS.
- pag 70 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO PREFEITO RODRIGO NEVES (PT) PELO ABANDONO À REDE DE SAÚDE MENTAL DA CIDADE DE NITERÓI
- pag 71 - ALIMENTAÇÃO DE QUALIDADE É SAÚDE. EM DEFESA DA AGRICULTURA FAMILIAR, DA REFORMA AGRÁRIA. CONTRA OS O LATIFÚNDIO, O AGRONEGÓCIO E OS AGROTÓXICOS.
- pag 72 - TODO APOIO À GREVE DOS SERVIDORES DO INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). NÃO À PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE.
- pag 73 - MOÇÃO DE REPÚDIO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. POR UM PARTO EM QUE AS MULHERES SEJAM PROTAGONISTAS. SER MÃE É UMA OPÇÃO.



Outras análises e diretrizes ainda virão como desdobramento e aprofundamento do seminário e sempre no entendimento que não existe sociedade saudável dentro do sistema capitalista e que de que a luta pela saúde nada mais é que uma faceta de uma luta maior por uma sociedade socialista e com liberdade para a vida e sobre nossos corpos.

Esse documento é uma construção coletiva do Setorial de Saúde do PSOL com o objetivo de apresentar diretrizes para os debates programáticos nas eleições de 2014. Foi sistematizado durante o 2o. Seminário Nacional Do Setorial de Saúde do PSOL em Niterói realizado em maio de 2014. Não se trata de um documento acadêmico, mas de uma tentativa de síntese das avaliações e bandeiras de luta dos movimentos sociais gerais e da área da saúde em que estamos inseridos.

Também faz parte dessa sistematização um caderno com textos escritos especificamente para o seminário pelos nossos militantes e as moções apresentadas que complementam as diretrizes apresentadas.

FINANCIAMENTO E GESTÃO

A saúde no Brasil nunca foi um direito do povo. Desde o começo, oscilou entre o privilégio, a caridade e, mais recentemente, um grande negócio. Em nossa conjuntura, assistimos a expansão dos negócios dos planos de saúde, das indústrias que lucram com a doença (como as farmacêuticas e de equipamentos) e o novo parasitismo da coisa pública representado pelos novos modelos de gestão (como Organizações Sociais, Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares).

Para os grandes agrupamentos políticos da política brasileira (PT, PSDB, PSB, PMDB, entre outros) a saúde nunca será de fato um direito com assegurado na constituição, uma vez que para a concretização desse direito são necessários enfrentamentos com os diversos setores lucrativos na saúde e a alteração radical da política macroeconômica. O PSOL se dispõe dar voz aos trabalhadores adoecidos e precarizados da saúde, aos que sofrem com a indústria da doença, aos que não conseguem atendimento, para que possamos construir um Brasil novo.

Acreditamos que para termos a saúde dos nossos sonhos, é primordial o financiamento adequado, sem os atuais mecanismos de favorecimento e transferência de recursos para o setor privado, e significativo aumento do

poder do Estado para aumentar sua capacidade de prover serviços e reorientar o modelo assistencial para as necessidades de saúde.

Diretrizes para os programas:

FINANCIAMENTO E TRIBUTAÇÃO

1. Defender a destinação de 10% das Receitas Correntes Brutas da União (RCB) para a Saúde, com recursos provenientes da auditoria da dívida pública brasileira; da reforma tributária progressiva; da taxaçoão de grandes fortunas e da taxaçoão sobre grandes movimentações financeiras.
2. Defender e apresentar ao Congresso proposta de revogaçoão imediata da Desvinculaçoão das Receitas da União (DRU) para a área da Saúde.
3. Defender o aumento progressivo da destinação de recursos públicos para o setor público estatal, visando o aumento da rede pública de prestação de serviços e a reduçoão da contratação de entes privados pelo poder público, na medida em que a rede pública se expanda e

que os serviços privados sejam incorporados ao Estado.

4. Aumentar em 4 anos a proporção dos gastos públicos (prioritariamente no setor público estatal) frente aos gastos privados em saúde, atingindo ao final desse período 75% dos gastos totais em saúde, com intenção de aumentar essa proporção em períodos posteriores.
5. Criação de linhas de financiamento exclusivas (além dos 10% da RCB) para expansão e reestruturação da rede pública de serviços; expansão e reestruturação da produção pública de insumos e equipamentos em saúde; e criação de centros de pesquisa e desenvolvimento em saúde.
6. Propor e defender o fim dos limites de gastos com pessoal em direitos sociais da Lei de Responsabilidade Fiscal, a fim de diminuir a pressão orçamentária sobre os municípios e possibilitar a expansão dos serviços de saúde sem terceirizações.
7. Fim de todo tipo de subsídio público direto ou indireto ao setor privado na saúde.
 - a. Fim imediato da dedução do imposto de renda para pessoa jurídica e redução progressiva em 4 anos para pessoa física, no que diz respeito a planos e seguros de saúde.
 - b. Garantir em 2 anos 100% ressarcimento ao SUS, inclusive retroativo, por atendimentos realizados em seus serviços a beneficiários de planos e seguros de saúde.
 - c. Fim de empréstimos a juros diferenciados e renegociações de dívidas com o setor privado na saúde.
 - d. Discutir junto ao movimento sindical uma proposta de transição dos trabalhadores de empresas estatais para o SUS, visando em curto prazo o não financiamento de planos e seguros de saúde para novos trabalhadores e em médio prazo o fim do financiamento de planos e seguros de saúde em empresas estatais e o fim de planos de saúde estatais;

GESTÃO, REDE DE SERVIÇOS E TRABALHO EM SAÚDE

8. Criação do Plano Nacional de Qualificação e Expansão do SUS, com linha de financiamento exclusiva para reforma e expansão da rede pública de serviços e incorporação de serviços privados.
 - a. Reformar prioritariamente unidades básicas de saúde (UBS), unidades de urgência e emergência e hospitais públicos;
 - b. Expandir ou criar prioritariamente UBS, unidades de Urgência e Emergência, redes de atenção secundária que atendam à demanda da atenção básica, rede pública de farmácias, hospitais de pequeno e médio porte em regiões específicas e ;
 - c. Incorporar prioritariamente hospitais privados e filantrópicos e laboratórios de exames e diagnóstico.
9. Defender e encaminhar ao Congresso Nacional a revogação das leis de criação das Organizações Sociais em Saúde (OSs), Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPs), Fundação Estatal de Direito Privado (FEDPs). Extinguir a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com a devolução da administração dos hospitais universitários para as universidades federais.
10. Criação de incentivos específicos a estados e municípios para reincorporação dos serviços públicos administrados por OSs, OSCIPs e FEDPs.
11. Realização de uma grande auditoria sobre os contratos de OSs, OSCIPs e FEDPs com estados e municípios, punindo qualquer irregularidade encontrada.
12. Fim do copagamento no Programa Farmácia Popular do Brasil com objetivo de garantir o princípio da universalidade. Progressiva redução em 4 anos da cobertura do programa, com planos futuros para extinção deste, na medida em que a rede pública de farmácias se expanda.
13. Discutir e reformular o sistema pagamento por procedimentos e exames aos prestadores de serviço do SUS, visando fortalecer uma lógica

de remuneração que não estimule o produtivismo e o consumo excessivo medicamentos, exames e insumos.

14. Discutir e criar a carreira de Estado para os trabalhadores do SUS, respeitando a descentralização e com mecanismos que garantam a interiorização, a permanência, a dedicação exclusiva, o incentivo à qualificação, o reconhecimento de tempo de serviço, salários dignos e jornada de trabalho adequada.

COMPLEXO MÉDICO INDUSTRIAL

15. Proibição da entrada de capital transnacional nos serviços de saúde, com expulsão das empresas que já atuam nessa área, especialmente no setor hospitalar e de planos e seguros de saúde.
16. Criação de política industrial específica para o setor saúde, orientada pelas demandas do sistema de saúde e baseada na expansão significativa da produção pública de medicamentos, equipamentos e insumos em saúde, tendo como horizonte a autossuficiência na produção da maior parte dos itens utilizados no SUS.

17. Defender a revisão das Leis de Patentes, com exclusão de mecanismos TRIPS-plus e a inclusão de mecanismos que fortaleçam a saúde pública.
18. Utilização, sempre que necessária, da ferramenta de licença compulsória para produção ou compra de medicamentos e insumos de interesse do SUS, especialmente em casos de abuso de poder econômico.
19. Criação de centros públicos de pesquisa e desenvolvimento em saúde, com pesquisas orientadas pelas necessidades de saúde e pelo SUS, visando a diminuição de custos do sistema de saúde, o apoio à política industrial para o setor saúde, e o enfrentamento a problemas específicos brasileiros, como as doenças negligenciadas.
20. Reestruturação das Farmácias varejistas, transformando-as em estabelecimentos de interesse público, vinculadas e integradas ao Sistema Único de Saúde, com limitação de propriedade (inibindo médios ou grandes proprietários), submissão destas a regulação sanitária específica considerando critérios epidemiológicos e a regionalização, fechando se necessário as far-

mácias que não se enquadrarem nestes critérios

21. Proibição de todas as formas de propagandas de medicamentos a usuários, gestores e prescritores; e restrição da venda de correlatos.

SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS DE DROGAS

Na história da humanidade o modo como as sociedades têm lidado com a loucura é algo que passou por inúmeras transformações. Michel Foucault nos ensinou que houve um tempo em que a loucura não era considerada doença e sim um modo de viver a vida: os loucos eram apenas mais uns entre todos os excluídos. Conviviam, assim como mendigos, prostitutas, deficientes, etc., juntamente com as demais pessoas das cidades. Posteriormente, houve um momento em que todas essas pessoas ficaram reclusas em grandes Hospitais Gerais, não com o objetivo de tratá-las e sim de limpar as cidades daqueles que não mereciam viver nelas. Foi no final do século XVIII que Philippe Pinel procura descrever os quadros psiquiátricos e coloca, então, a loucura com status de doença que precisa de tratamento.

Após aproximadamente 30 anos o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro e 13 anos da Lei 10.216/01, construímos novas formas de conviver e tratar as pessoas com sofrimento mental, respeitando-as em suas singularidades e direitos; fechamos muitos manicômios e devolvemos à vida pessoas que passaram cerca de 20, 30, 40

anos em longas internações; dialogamos com as cidades através de experiências de Centros de Convivências e Geração de Trabalho e Renda e atuando também no campo da arte, cultura e protagonismo dos usuários; garantimos os cuidados de portadores de sofrimento mental em todos os momentos de sua vida, nos CAPS quando em crise e nas Unidades Básicas de Saúde, quando se encontram estáveis; além dos CAPS infanto-juvenis para cuidar das especificidades de crianças e adolescentes e dos CAPS álcool e drogas, para pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias.

Contudo, nossa conjuntura atual nos alerta para um momento de retrocesso na história da Luta Antimanicomial. O impasse vivido em várias cidades e estados brasileiros, que não conseguiram efetivar serviços de fato substitutivos aos hospitais psiquiátricos e ainda precisam recorrer à eles em situações de urgência, vai alongando a vida desses espaços violadores de direitos. Isso se traduz em cerca de 30 mil leitos em hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento e apenas 2.128 CAPS.

Se não bastasse então o árduo trabalho que ainda temos pela frente enfrentamos na última década uma escalada de terror e demonização em relação ao objeto droga e às pessoas que fazem uso dela. Independente do modo e riscos, mas com um apelo midiático e social muito problemático para os indivíduos que se utilizam da cena

da rua e das ditas “cracolândias” para tal ato, as tentativas de respostas dadas por governantes e pela sociedade em geral colocam em questão inúmeros princípios da Reforma Psiquiátrica.

Portanto, é necessário que toda militância do PSOL e candidatos e candidatas às eleições de 2014 estejam atentos e atuantes nas discussões e ações acerca da temática da saúde mental, álcool e drogas, por se tratar de um dos debates centrais na atualidade, articulado com problemáticas relacionadas ao financiamento e privatização do SUS, segurança, desmilitarização da vida e legalização das drogas, dentre outros. Exigirão, portanto, que nossa militância contribua para o debate e construção de políticas que concorram para a construção do socialismo com liberdade

Diretrizes para os programas.

22. Defender a construção de políticas públicas, em parceria com os outros entes federativos, que visem efetivar em todos os municípios os serviços da Rede de Atenção Psicossocial, à exceção das Comunidades Terapêuticas, estruturados como serviços 100% públicos, com profissionais concursados e com garantias de

recursos humanos e materiais para o seu bom funcionamento.

23. Defender o funcionamento em rede do aparelho de saúde mental, potencializando a assistência através do cuidado compartilhado como lógica norteadora da assistência no território, de forma efetivamente descentralizada, priorizando o atendimento à crise nos CAPS, fortalecendo e estruturando a atenção básica e os demais pontos da rede pública especificados na RAPS.
24. Defender a priorização da abertura de CAPS III (24 horas), mesmo que através de consórcios intermunicipais, que possam atender aos momentos de crise e com isso possibilitar o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos.
25. Defender a realização, em parceria com os demais órgãos competentes, de avaliações e vistorias (PNASH) nos hospitais psiquiátricos e encaminhamento de fechamento de leitos àqueles que descumprirem normas básicas de funcionamento, com concomitante abertura de Serviços Residenciais Terapêuticos e CAPS III para evitar desassistência.

26. Defender a Instauração de ação interministerial para Alinhamento das Políticas da SENAD segundo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do SUS.
27. Defender a adoção de políticas de fortalecimento da estratégia de Redução de Danos para o cuidado de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e/ou drogas. Suspensão imediata do Programa “Crack é Possível Vencer”.
28. Defender o Fortalecimento de políticas de formação de recursos humanos pautadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, como as residências multiprofissionais e em psiquiatria em redes que prescindam dos hospitais psiquiátricos.
29. Defender a garantia dos espaços de formação e educação permanente/continuada para os trabalhadores, de maneira a utilizar o espaço de trabalho como ambiente de formação.
30. Defender a Regulamentação dos Centros de Convivência em nova portaria ministerial com previsão de infra-estrutura e recursos humanos adequados, instituindo formas de incentivo e fontes de financiamento para sua implantação e manutenção.
31. Lutar pela não aprovação do PL 37/2013 do Deputado Osmar Terra e pela defesa do PL 7270/2014 do Deputado Jean Willys.
32. Ser contrário à realização das internações compulsórias ou forçadas, implantadas em algumas capitais brasileiras, posto que as mesmas se constituem como medidas coercitivas e higienistas e, conseqüentemente, violadoras de direitos.
33. Defender a legalização das drogas, dando ênfase ao tratamento da questão como problema de saúde pública.

SAÚDE DA MULHER

A história das políticas de Saúde da Mulher no Brasil e no mundo é marcada pelo enfoque materno-infantil, passando da lógica reprodutivista ao controle de natalidade. A primeira é manifesta no Código Penal de 1940 que pune a autonomia das mulheres sobre a reprodução até o controle de natalidade das décadas de 1970 e 1980 cuja promessa em âmbito internacional era do combate à pobreza, o que difundiu métodos irreversíveis, como a laqueadura, praticados por entidades não governamentais, ao invés de políticas públicas de planejamento familiar. Resulta da negação da autonomia do corpo da mulher e do protagonismo da decisão sobre ter ou não filhos e quando, dados alarmantes de uma história de esterilização de mulheres pobres e negras, especialmente no norte e nordeste do país, e elevadas taxas de morbidade reprodutiva e de mortalidade materna com abortos inseguros.

Atualmente encontram-se entre os maiores desafios do país na concretização de uma política de saúde integral às mulheres nossas altas taxas de mortalidade materna, problema diretamente relacionado ao aborto ilegal e inseguro, além do processo de feminização da Aids/HIV e a vi-

olência contra a mulher, que é essencialmente uma violência doméstica que se agrava com a violência institucional dos serviços públicos que deveriam ampará-la. Essas grandes problemáticas se desafrontam com o recorte racial que é frequentemente negligenciado.

Na conjuntura atual, o que está na ordem do dia em termos de saúde da mulher é o programa de governo Rede Cegonha, que é um conjunto de ações sobre o pré-natal, parto, puerpério e os primeiros 30 dias de vida do recém-nascido. O planejamento reprodutivo é uma das diretrizes do Rede Cegonha, no entanto, é das menos lembradas e a mais fluida. O Rede Cegonha tem um mérito indiscutível sobre os impactos na humanização do parto e no acesso à saúde neste momento da vida de uma mulher, o que, vale lembrar, é uma reivindicação muito clara de nossa Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. É de grande destaque atualmente a denúncia da violência obstétrica e os investimentos milionários do Rede Cegonha para por em prática o que há décadas já foi preconizado pelo Ministério da Saúde: as boas práticas na assistência ao parto e nascimento orientadas pela OMS, baseadas em evidências científica e colocando em cheque uma série de rituais ainda presente do modelo biomédico e da “indústria da cesárea”.

Diretrizes para os programas:

34. Defender que de fato a Universalidade, Integralidade e Equidade, que são princípios do SUS, portanto devem nortear as políticas para as mulheres e atender às necessidades de saúde dos vários grupos sociais, a partir dos recortes de gênero, racial/étnico, de classe, idade, geração, origem urbano-rural, orientação sexual e religião, contemplando aqueles mais discriminados e/ou vulneráveis socialmente (mulheres negras, lésbicas, mulheres que fazem sexo com mulheres, idosas, jovens, profissionais do sexo, portadoras de deficiência, trabalhadoras urbanas e rurais, chefes de família, usuárias de drogas e outras).
35. Defender a melhoria das informações sobre os serviços locais de saúde existentes afim de promover o acesso; produção de material educativo, com meios e linguagens apropriadas, considerando a diversidade racial/étnica, sexual, etária, sócio-cultural e portadoras de deficiência; criação de campanhas voltadas para situações específicas (ex: gravidez na adolescência, prevenção e assistência às DST e HIV/AIDS, prevenção ao câncer de mama e uterino, osteoporose etc.).
36. Apoiar e ampliar ações destinadas ao reconhecimento do direito de decisão das mulheres pela interrupção da gravidez, (tendo como objetivo a legalização do aborto) e pela ampliação da pílula do dia seguinte nos serviços municipais de saúde e demais formas de prevenção às DST's e métodos contraceptivos, incluindo uma maior distribuição de camisinhas femininas no leque de serviços oferecidos pelo SUS, pela rede conveniada e pela rede privada de saúde.
37. Defender a criação, implementação e monitoramento de política ampla e específica de consolidação de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e adolescentes, em atenção à raça, etnia, orientação sexual, idade, opção política, religião, condição social, física e mental, motivo moral (conforme artigo 226 da Constituição Federal), visando garantir condições materiais, educacionais, políticas e simbólicas para o exercício de seus direitos de forma livre e amparada socialmente, garantindo a autodeterminação e impedindo ações coercitivas sobre as escolhas sexuais e reprodutivas das mulheres.
38. Defender a implantação de programas de informação, educação e aconselhamento às mul-

- heres em fase de climatério, disponibilizando assistência por equipe multidisciplinar capacitada para atender às suas necessidades de saúde com recursos preventivos e terapêuticos comprovadamente seguros e eficazes.
39. Defender a construção de políticas públicas que trabalhem a temática da violência doméstica e de gênero de modo transversal, focando tanto a prevenção quanto à redução, a partir de uma articulação entre as regiões para que sejam capazes de construir sistemas integrados e descentralizados de atendimento às vítimas.
 40. Defender a criação sistema integrado de informação relativo à violência contra a mulher, coletando dados nos serviços da Segurança Pública, Saúde, Justiça e Proteção à vítima de modo a possibilitar a elaboração de diagnósticos locais, regionais e nacionais identificando problemas, necessidades e áreas de investimento estratégico relacionados ao tema;
 41. Defender a criação e fortalecimento de equipamentos sociais para as mulheres em situação de violência de gênero e doméstica, contemplando as questões de raça/etnia, orientação sexual e portadoras de deficiência:
 42. Criar mecanismos de controle social para acompanhar, monitorar e avaliar as ações/ serviços de segurança pública, voltados ao tema da violência doméstica e de gênero, incluindo conselhos tutelares;
 43. Defender a garantia de atendimento integral e regionalizado às mulheres em situação de violência e suas famílias
 44. Defender a criação e fortalecimento de centros de atenção às mulheres vítimas de violência com atendimento de saúde, psicológico e serviço social, regionalizados, próximos às DEAM's;
 45. Defender programas de geração de emprego e renda para mulheres em situação de risco social, tendo como eixo o incentivo à organização de associações, cooperativas e grupos de produção de mulheres em superação da situação de violência.
 46. Defender a inclusão em qualquer política de acesso à moradia a adequação às mulheres em situação de violência;

47. Defender o aprimoramento e criação de equipamentos específicos de atendimento a crianças e adolescentes e mulheres exploradas ou em situação de prostituição, que incluam atendimento médico, psicológico e atividades sócioeducativas e capacitação para alternativas de subsistência.
48. Defender a Legalização do aborto legal, como questão da saúde pública, evitando a morte de mulheres pobres, principalmente negras, além da autonomia - direito ao próprio corpo.
49. Defender a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2003)
50. Defender a implementação da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2004) SUS, bem como os propósitos do texto constitucional sobre saúde da população em geral, estabelecido como direito de cidadania e dever do Estado, cujos benefícios
51. Defender a garantia do direito à creche para os filhos das trabalhadoras da saúde e demais trabalhadoras além da efetiva implementação da lei que exige que empresas com mais de 30 funcionárias disponibilizem creches para seus filhos.
52. Defender a capacitação de profissionais para a prevenção e o atendimento a situações de violência doméstica e sexual com enfoque em direitos humanos, violência e relações de gênero, raça/etnia, orientação sexual e portadora de deficiência e relações de classe, elegendo-se como áreas estratégicas: Sistema de Segurança Pública (polícia civil, polícia militar, Guarda Municipal e agente penitenciário) e de justiça; Saúde (profissionais do sistema único de saúde (SUS) nos diferentes níveis de atenção e programas com ênfase na atuação primária (porta de entrada no SUS)).

SAÚDE LGBT

53. Defender um política de prevenção DST e AIDS específica para lésbicas por conta da invisibilidade no programa saúde da mulher;
54. Defender a Formulação de política de saúde para mulheres trans, lésbicas, bissexuais;
55. Defender a despatologização das identidade trans para acesso a saúde publica. Atualmente,

para um cidadão transexual conseguir ter acesso a cirurgia de mudança de sexo precisa de um diagnóstico de um médico psiquiatra de disforia sexual;

56. Defender uma estratégia de saúde da família que contemple a diversidade sexual e as novas formações e concepções de família.

SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

A participação dos usuários do SUS tem sido reivindicada para melhor estabelecer o controle da qualidade dos serviços de saúde. Setores ligados aos movimentos sociais tem se articulado e mobilizado para que a saúde seja realmente de qualidade e para todos e todas, participando do controle social e propondo políticas específicas. A maioria dos usuários dos SUS são as mulheres e a população negra.

No entanto, diferentes fatores, desde resistências interpostas pela presença do racismo, como principalmente o desconhecimento acerca dos seus impactos, aliados aos demais determinantes sociais sobre a saúde da população e das ferramentas necessárias para seu enfrentamento no âmbito do Sistema Único de Saúde e o exercício profissional e de controle social cotidianos, podem dificultar o desenvolvimento das diferentes etapas necessárias a implementação da Política, bem como a realização efetiva do direito à saúde da população. Fortalecimento da Política Nacional de Saúde da População Negra e da discussão sobre o racismo institucional para evitar a

atenção discriminatória na saúde e inclusão dos dados do quesito cor/raça.

As condições de vida das mulheres negras contrariam a tendência mundial que as mulheres vivem mais que os homens. A expectativa de vida para as afrodescendentes é de 66 anos, está alguns meses abaixo da média nacional que é de 66,8 anos. A precária situação da saúde das mulheres negras está diretamente relacionada à desigualdade de acesso aos serviços de saúde de qualidade. As principais causas de mortalidade materna são hemorragias, hipertensão, infecções puerperais, doenças do aparelho circulatório complicadas pela gestação, parto, puerpério e abortamento inseguro. Supõe-se que em 92% dos casos, os ditos óbitos maternos poderiam ser evitados.

E neste cenário o PSOL faz a defesa de políticas que possibilitem a saúde integral, norteadas pelo princípio da equidade e das características específicas da população negra

Diretrizes para os programas:

57. Defender a construção de indicadores de saúde qualificados para os diferentes grupos através da produção de dados e pesquisas (respeitar a

- obrigatoriedade da inclusão do “quesito cor”, incluir os dados de orientação sexual, portadoras de deficiência, em todos os sistemas de notificação de doenças e agravos à saúde).
58. Defender que haja monitoramento da inclusão do quesito cor nas pesquisas realizadas pelo MS, conforme determinam a resolução nº. 196 do CNS/Normas de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, garantido a pesquisa nos dados da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC).
 59. Estimular e apoiar a implantação nos municípios em que não houver o Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde (PAF/MS), que prevê: diagnóstico, tratamento, atenção às questões étnicas, dando ênfase às especificidades das mulheres falcêmicas na idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal.
 60. Defender um modelo de atenção à saúde mental de mulheres que leve em consideração os agravos decorrentes do impacto de desigualdades e discriminações específicas como, por exemplo, o sexismo, o racismo.
 61. Defender o desenvolvimento de políticas de educação, cultura, comunicação e produção de conhecimento para a igualdade.
 62. Defender que haja uma política própria que enfrente o racismo institucional e o trate como um caso de saúde pública.
 63. Defender a Introdução nos protocolos clínicos e formação em saúde do racismo como fator de agravamento da saúde, como elemento de agravamento e produção de loucura, de negação da identidade;
 - 64.** Defender política de capacitação de agentes e outros profissionais de saúde para atendimento às comunidades quilombolas.
 65. Defender a efetivação da Política Nacional de Saúde da População Negra, com a incorporação desta temática nos cursos de graduação de saúde.

ATENÇÃO BÁSICA E MODELO ASSISTENCIAL

Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.(1) É o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. (2) Se trata de um ente da organização dos Sistemas de saúde essencial e definidor de sua qualidade de todo o processo de cuidado.

No entanto, apesar do reconhecimento universal de sua importância temos, no Brasil ainda uma APS incipiente, pouco organizada e abrangente, repletas de carências e contradições, fruto do processo histórico de hegemonia de um modelo privado e liberal e de políticas públicas submissas ao complexo médico industrial e vulneráveis à utilização da saúde como moeda de troca no atual governo

de coalizão. Tudo isso reflete um modelo assistencial pouco organizado e resolutivo, redundante, que não consegue passar para o cidadão a segurança de um cuidado.

No cenário político-eleitoral atual, em especial na eleições de 2014, a discussão sobre a Atenção Primária à Saúde aparece com força, mesmo que indiretamente através do Mais Médico que deverá ser um dos carros-chefe da campanha da Dilma à reeleição presidencial e do Ex-ministro petista da saúde Alexandre Padilha ao governo de São Paulo.

Para além da crítica ao Programa, contemplada em documentos do Setorial de Saúde do PSOL em momentos anteriores, se mostra essencial um posicionamento do setorial sobre o papel da Atenção Primária que seja capaz de orientar os candidatos do partido. Por outro lado, deve aproveitar a visibilidade eleitoral adquirida pelo programa Mais Médicos e denunciar seus equívocos e contradições. E apresentar um caminho que de fato faça da Atenção Primária em Saúde um alicerce de substituição do modelo público assistencial pouco ordenado, baseado em conceitos liberais, privados e no modelo biomédico de explicação da saúde

Pontos para o programa:

66. Defender o aumento, em 4 anos, da cobertura da Estratégia Saúde da Família como para 80% da população, tendo como objetivo 100% em médio prazo.
67. Defender o aumento da participação federal no Financiamento da Saúde e aumento do valor do PAB fixo e variável pelo menos contemplando o ajuste relativo a inflação acumulada desde o período de sua criação.
68. Defender a ESF como uma estratégia do Estado Brasileiro para a organização da APS e para a reordenação e qualificação da assistência à saúde e não como um programa susceptíveis a alternâncias de governo.
69. Defender que as Equipes da ESF cubram um máximo de 2000 pessoas em todo o Brasil, com o estímulo que a definição da quantidade de pessoas e famílias leve em consideração características loco-regionais e vulnerabilidade social.
70. Defender na ESF equipe básica de composição flexível e retaguarda multiprofissional adaptadas as necessidades e planejamento de saúde local, (abrindo a possibilidade de outras categorias profissionais participarem).
71. Apoiar as especializações em saúde, defendendo em um período próximo, a universalização da residência em saúde e multiprofissional e sua definição como único critério para obtenção de título de especialista. Defender a residência médica como mecanismo público regulador da distribuição por especialidade dos profissionais médicos regionalmente de acordo com as necessidades de saúde da população loco-regional, combatendo a ausência de regulação atual que deixa a distribuição refém da ação do mercado ou das entidades corporativas.
72. Defender a Residências Profissionais nas diversas áreas, as Multiprofissionais de formação mais ampla e uma Política potente de fomento da Educação Permanente na APS;
73. Defender uma gestão democrática das Unidades Básica, que estimule o controle dos processos por usuários e trabalhadores.
74. Defender a Extinção das metas produtivistas atuais por entender que elas cumprem um pa-

pel avaliador e norteador do trabalho na Atenção Primária em Saúde.

75. Defender a qualificação do acesso à saúde promovendo maior integração entre as Redes de Urgência e Emergência e as unidades da APS. Estimular o trabalho coordenado e construção de fluxo claros para a população. Defender a ampliação e qualificação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência com cobertura integral e sem exclusão no atendimento dos bairros de população em maior vulnerabilidade e pessoas em situação de rua.
76. Defender o acesso qualificado e coordenado pela APS aos diferentes serviços de diferentes complexidades por meio de sistemas de regulação de consultas especializadas, de apoio diagnóstico e de solicitação de vagas para internações, com controle público
77. Defender a criação de um plano nacional cargos, carreiras e salários para todos os profissionais de saúde formulado a partir do debate com os trabalhadores. Especificamente para a APS, um plano que se coloque como estratégia indutora da fixação profissional, valorização do trabalho em equipe, incentivo a educação permanente e continuada, integração ensino-serviço e interiorização do acesso à saúde;
78. Ser contra o modelo de contratação proposto pelo programa Mais Médicos, através de Bolsa, sem direitos trabalhistas e via EBSERH.
79. Defender a Redução da Carga Horária para 30 horas semanais para todas categorias profissionais da saúde.
80. Apoiar ao movimento de definição do piso salarial nacional do Agente Comunitário
81. Defender como medida emergencial e transitória a vinda de médicos estrangeiros para o preenchimento dos vazios assistenciais no território nacional. Inserir esse profissional em equipes em que haja a presença dos outros componentes da Equipe Multiprofissional da Atenção Primária, incluindo equipe de retaguarda.
82. Ser contra a utilização do Programa Mais Médicos para o avanço da precarização do trabalho.

83. Ser contra o PROVAB tanto para médicos quanto para qualquer outra categoria profissional em saúde.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

O debate sobre a mudança na formação dos profissionais da saúde sempre esteve ligado a construção do modelo de atenção a saúde pautado pelo Movimento Popular. Com objetivos antagônicos, o projeto de exploração da doença também entendeu a importância da formação de recursos humanos para obter seus lucros com base no adoecimento das pessoas. Dessa forma, a Indústria da doença sempre financiou projetos que visavam a formação de profissionais que servissem ao seu modelo de assistência a saúde.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e da necessidade da formação de recursos humanos para atender a esse sistema, o questionamento da formação dos estudantes fica mais evidente, culminando com as reformas curriculares. Porém, a concepção hegemônica biomédica, mesmo questionada, permanece intocada. Pensar a formação dos profissionais da saúde dissociada do debate do Sistema de Saúde e do modelo de Sociedade, sem contemplar o conceito de Determinação Social do Processo Saúde Doença, só vai produzir reducionismos reformistas.

Na parte de formação interdisciplinar, as escolas de saúde não avançaram na construção de uma verdadeira equipe multiprofissional. Os profissionais da saúde continuam exercendo, em sua maioria, práticas isoladas e fragmentadas, reflexo da falta de integração durante a formação.

A partir dessa análise de como está estruturada e organizada a formação em saúde no Brasil, apresentamos alguns apontamentos:

84. Defender a formação em saúde segundo princípios da Educação Pública, Gratuita, de Qualidade, Laica e Socialmente Referenciada.
85. Ser contrário a abertura de qualquer Universidade Privada em Saúde e Defender o aumento de vagas e novas universidades;
86. Defender uma política efetiva de transformação da formação dos cursos da área da saúde que inclua a democratização do acesso às instituições de ensino, paridade nas instancias colegiadas com participação popular.

87. Defender a criação de espaços de controle popular para a gestão dos cursos de saúde buscando que a formação de trabalhadores em saúde seja socialmente referenciada;
88. Ser contra a política de abertura de escolas médicas através dos editais apresentada pelo programa Mais Médicos;
89. Defender o rompimento com processo de formação que tem como centro o modelo hospitalar. Nesse sentido os estudantes devem estar inseridos na Atenção Primária, por ser esse um cenário privilegiado para compreender e Determinação Social do Processo Saúde Doença e o trabalho multiprofissional. A inserção desses estudantes deve acontecer desde o início do curso, e eles devem receber supervisão adequada, assistência estudantil e estar lotados em unidades com uma estrutura que permita o atendimento adequado à população e que possibilite de forma satisfatória do ponto de vista pedagógico.
90. Defender que o financiamento público e o estímulo a abertura de novas vagas no ensino superior deve ser exclusivo para Universidades Públicas.
91. Apoiar as reformas curriculares que apontem para uma formação mais condizente com a necessidade de trabalho do SUS.
92. Garantir a realização da formação técnica dos agente comunitários de saúde com financiamento público e formação pedagógica deste profissional como articulados dos processos de saúde no território.
93. Defender uma Política de Estímulo à formação qualificada de técnicos na área de saúde voltados para a atuação no SUS.
94. Proibir a presença de representantes da indústria farmacêutica e demais insumos nos ambientes de formação dos profissionais de saúde.

CONTROLE SOCIAL

Quando pensamos em Controle Social, muitos de nós pensamos logo em “Conferências de Saúde”; “Conselhos de Saúde”, “Participação Popular”. Porém com o processo de galopante de privatizações e o crescente repasse da gestão destes às Organizações Sociais de Saúde (OSS), os espaços de controle social ficaram nas mãos de gestores, que “escolhem” seus representantes de usuários e trabalhadores. Tem se tornado inoperantes e estritamente burocráticos, mantendo a estrutura apenas para legitimar as decisões que vêm do Conselho Administrativo da OSS ou da Secretaria de Saúde (Municipal ou Estadual) e continuar recebendo repasses do governo federal. As instâncias que deveriam ser de empoderamento deixam de cumprir seu papel.

Com isso, a população, juntamente com a classe trabalhadora vem redescobrendo formas de expressar sua indignação e a vontade de mudar a realidade do país, por meio da retomada dos movimentos populares de saúde; criação de Fóruns Populares de Saúde; construção de atos, passeatas, manifestações em seus bairros e avenidas centrais - em conjunto com demais movimentos sociais e

enfrentam cotidianamente a criminalização, executada pelo governo dito “democrático”.

Defendemos um Controle Social presente no dia-a-dia, sem negar importância de se manter as disputas por espaço nos Conselhos de Saúde mas principalmente formado pela população e a classe trabalhadora na rua, lutando por uma saúde estatal, gratuita, de qualidade e acesso universal

Diretrizes para as campanhas:

95. Defender o fortalecimento e criação de Fóruns/ Núcleos de Saúde com o fim de restabelecer a mobilização popular e da classe trabalhadora
96. Disputar os espaços institucionais de controle social, de forma a resgatar os princípios constados na 8080/90 e 8142/90
97. Defender o Fortalecimento e criação de Conselhos Populares de Saúde, resgatando o conceito de participação popular
98. Defender a organização de espaços de formação aos conselheiros de saúde

99. Defender a criação de espaços de controle popular para a gestão dos cursos de saúde buscando que a formação de trabalhadores em saúde seja socialmente referenciada;

100. Defender uma gestão democrática das Unidades Básicas, que estimule o controle dos processos por usuários e trabalhadores.

SEGURANÇA ALIMENTAR

101. Defender a valorização e incentivo à produção de alimentos em sistemas agroflorestais (SAF's) e permacultura;

102. Defender o fim do latifúndio pela reforma agrária

103. Defender a regulamentação que discuta os limites da produção de alimentos industrializados

104. Defender o fim da utilização de agrotóxicos

DA REFORMA SANITARIA AO SUS. ONDE FOMOS PARAR?

Apontamentos sobre os efeitos do desenvolvimento do capitalismo brasileiro na saúde no período SUS.

Felipe Monte Cardoso e Leonardo Mattos

Elaborado para o II Seminário Nacional do Setorial de Saúde do PSOL

A transnacionalização do capitalismo, acelerada pela crise estrutural do capital a partir da década de 1970, agravou a crise das sociedades periféricas como o Brasil, que haviam adquirido algum grau de autonomia em meados do século XX. O crescimento descontrolado das grandes empresas transnacionais, impôs uma nova dinâmica no capitalismo internacional, que sob a hegemonia ideológica neoliberal impôs gradualmente a todo o globo a redução de barreiras econômicas, as políticas de "ajuste" fiscal e as privatizações. A crise de 2008-2009 mostrou que mesmo a sede do imperialismo é incapaz de colocar rédeas no apetite do capital por novas fronteiras, mesmo que aquele coloque em risco o futuro da humanidade e do planeta. Em outras palavras, a ideologia keynesiana, que preconizava o controle do "mercado" pelo "Estado" como forma de "humanizar" o capitalismo, derrotada já nas décadas de 70-80, desmoronou ante a crise que ainda vivemos.

No Brasil, o edifício ideológico construído e remodelado após o fim da ditadura ruiu sofreu fortes abalos após junho de 2013. Cada vez se mostra mais falida a ideia de que a passagem

ao governo civil, a promulgação da Carta de 1988 e a reinstituição de eleições para todos os cargos do executivo e legislativo abririam inéditas perspectivas para as lutas e para a superação das enormes contradições sociais da sociedade brasileira. A completa integração do bloco histórico petista à ordem do capitalismo dependente, consolidada com a primeira vitória de Lula, em 2002, representou o fim do último fôlego progressista do grande acordo que dirigiu a vida política nacional sob a fantasia da "redemocratização".

Este projeto, que polarizou a esquerda a partir dos anos 1980, pode ser assim resumido: ampliar o acesso aos direitos sociais tendo como arena privilegiada o Estado e recebendo o apoio do movimento de massas em permanente mobilização. Em outras palavras, canalizar a rebeldia que derrubou a ditadura para a disputa das eleições, de modo a catapultar mandatos parlamentares e principalmente governos capazes de "governar para o povo". Fundamentava esta visão a teoria de que a democracia teria um "valor universal" imanente, sem mediação pela luta de classes, pelo padrão autocrático de dominação burguesa e pelo 'padrão dependente de acumulação capitalista existentes no Brasil. Seus pressupostos são dois: primeiro, o Estado pós-ditatorial não seria um instrumento de dominação de classe, mas uma arena onde ocorrem os conflitos entre os diversos atores sociais, sendo, portanto, amplamente permeável às demandas dos classes subalternas, historicamente impedidas de participar do processo político brasileiro; segundo, a autonomia relativa do Estado teria a capacidade de impor controles aos grandes grupos empresariais (nacionais e internacio-

nais), submetendo-os a um projeto nacional, capaz de conciliar o selvagem capitalismo brasileiro com a mitigação da segregação social. No fundo, os sonhos do bloco petista foram convergindo com a ideologia capitalismo de Estado humanizado, portador do projeto de bem-estar social nos moldes da Europa das décadas de 1950-70, utopia que saiu do eixo após a queda do muro de Berlim.

Inserido neste momento histórico, um dos movimentos mais importantes do período, o movimento da reforma Reforma Sanitária Brasileira (RSB), esteve profundamente permeado pelas contradições da esquerda no período da redemocratização. Por um lado o movimento desenvolveu um projeto abrangente e radical da Reforma Sanitária, apresentando diversas concepções de grande valor no campo da saúde até os dias de hoje, como a Reforma Psiquiátrica. Por outro lado, as principais estratégias de viabilização da RSB eram justamente a disputa por postos institucionais no Estado e a luta pela democratização dessas estruturas, a partir dos pressupostos já citados acima, e na crença de que avanços nesses pontos abririam caminho para transformações estruturais na sociedade brasileira. Nesse sentido, o movimento, através de seus militantes chegou a ocupar cargos como a presidência do INAMPS, e devido a sua mobilização no processo constituinte inseriu a saúde enquanto direito universal na Constituição Federal de 1988.

A criação do SUS a partir de concepções clássicas do movimento, como a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e o controle social, dava a impressão de que a superação de um sistema de saúde injusto herdado da ditadura militar

era questão de tempo. Entretanto, com a derrota eleitoral de 1989 e o avanço do neoliberalismo no Brasil durante a década de 90, a realidade foi gradualmente contrapondo as expectativas otimistas, pondo em cheque os pressupostos ideológicos e explicitando os erros cometidos.

Neste novo momento, saem de cena os debates acaloradas sobre os determinantes estruturais das desigualdades em saúde, sobre a estatização do sistema de saúde, os enfrentamentos com os empresários da saúde, as discussões sobre o papel da Reforma no Setor Saúde na construção de uma sociedade mais justa. Todas as (parcas) energias voltam-se então para a "estruturação do SUS", principalmente através dos setores que convergiram em torno do modo petista de governar e que cada vez mais apostavam na via eleitoral. A tônica passa a ser então o fortalecimento dos conselhos de secretários de saúde, da disputa dos espaços de controle social, as experiências exitosas de implementação do sistema, a micropolítica da prática profissional.

Enquanto as atenções se voltavam para a estruturação do SUS, passavam despercebidas as fortes tendências de expansão dos negócios da saúde e de modernização dos padrões de consumo, minando as bases do que poderia ser o projeto de reforma do sistema de saúde e de mudança do modelo assistencial. Se por um lado a constituição representava um avanço jurídico com a inserção de diversas propostas do movimento no capítulo sobre a saúde, menosprezou-se as vitórias conseguidas pelo setor privado no mesmo processo. A garantia de que a saúde era livre a iniciativa

privada em papel “complementar” não apenas impediu a necessária estatização dos serviços de saúde como deixou as portas abertas para a expansão do capital em novas áreas e em áreas já existentes.

A RSB, portanto, foi idealizada nos primórdios da crise estrutural do capital, quando eram muito vivas as aspirações emancipatórias da década de 1970, como as vitórias na Nicarágua e Vietnã, e a Reforma Sanitária italiana, de forte inspiração operária. O SUS, porém, começou sua vida sob a ofensiva do consenso de Washington e sob a vitória conservadora na Nova República. Esta dissociação perdura até hoje, quando a imagem que o polo progressista da sociedade faz do SUS não condiz com a política de saúde realmente existente. Assim, o que vemos nas últimas décadas é uma constante tentativa de olhar o SUS a partir dos singelos avanços conquistados, minimizando as enormes contradições herdadas do período da ditadura e aprofundadas em todos os governos do período “democrático”, que condicionaram o desenvolvimento das políticas de saúde e impossibilitaram uma reforma como a idealizada. Olhe-mos então, de maneira mais aprofundada, como ocorreu o desenvolvimento do SUS dentro do capitalismo brasileiro.

A necessidade capitalista de abocanhar parcelas crescentes dos orçamentos públicos implicou na expansão da dívida pública e no desvio de recursos nacionais para remuneração dos setores rentistas. No Brasil, na década de 1990, vimos implantadas sucessivas medidas macroeconômicas que prorrogaram o subfinanciamento dos direitos sociais. Embora a constituição de 1988 previsse fontes

de financiamento para o sistema de seguridade social, os impasses políticos na primeira metade da década de 1990 inviabilizaram a base financeira prevista pra o SUS. A partir de 1994, a criação da Fundo Social de Emergência (posteriormente nomeado Desvinculação das Receitas da União - DRU), juntamente com as políticas de metas de inflação, contingenciamentos do orçamento, superávits primários e Lei de Responsabilidade Fiscal apontam para um significado único: inviabilizar o uso dos recursos públicos para os direitos sociais, destinando-os ao máximo possível à esfera da acumulação, via grandes empresas financeiras (como bancos e fundos de investimento). Esta "ideologia neoliberal do orçamento público" foi vitoriosa desde Itamar, permanecendo intocada durante o período lulista.

No que diz respeito ao financiamento, diversos exemplos ilustram essa continuidade. Em primeiro lugar, a estrutura de gastos em saúde no Brasil se manteve fortemente baseada nos gastos privados. Entre 1990 e 2010, a porcentagem desses gastos em relação aos gastos totais em saúde se manteve entre 57 e 60%. Além disso, houve uma diminuição dos gastos federais com o SUS em relação às receitas correntes brutas (RCB) da União após 1995. Representavam, em média 8,37% da RCB no período de 1995 a 2001, caindo para para 7,1% da RCB na média de 2002 a 2009. Outro fato marcante, foi a regulamentação da EC-29 no final de 2011. A proposta inicial de vinculação de 10% da receita corrente bruta da união (RCB) para a saúde foi derrotada no legislativo, com participação ativa dos parlamentares petistas e apoio da presidên-

cia. Mais recentemente, o PLP 321/2013 resgatou a proposta de 10% da RCB para a saúde, mas novamente vem enfrentando resistência no legislativo e seguidas tentativas de reformulação, no sentido de não aumentar o financiamento.

Por outro lado, o que a era dourada do capitalismo considerou como "funções típicas do Estado" passam, em todo o mundo, progressivamente à esfera da mercantilização imediata, como no caso dos serviços públicos. O fetiche pelos grandes hospitais-empresa como modelo de qualidade e eficiência, a incorporação sem critérios de novas tecnologias, o individualismo, o patriarcalismo e o paternalismo nos cuidados com o corpo e a assistência medicalizadora e especializada sintetizam o estágio atual do paradigma burguês de saúde. No Brasil, esta necessidade do atual padrão de acumulação se apresenta de duas maneiras no caso da saúde: em primeiro lugar, o mercado de planos e seguros de saúde, criado no período da ditadura, expandido na década de 1980, consolidado na década de 1990 e recentemente aberto para o capital estrangeiro (decisão de 2013 da ANS) organiza o paradigma burguês no setor. O projeto de ampliar ainda mais a proporção de brasileiros cobertos por seguros privados de saúde até 2022, explicitado em 2012 pelo então ministro da Saúde, Alexandre Padilha, mostra que o establishment político brasileiro, representado pelo PT, é francamente privatista. As conexões políticas e econômicas dos altos escalões de poder com o grande capital da saúde, expressas pela crescente financiamento de empresas da doença aos partidos políticos da or-

dem, mostram que os antigos proponentes da Reforma Sanitária mudaram definitivamente de lado.

Esta constatação nos liga ao segundo ponto: a atividade tida como "tipicamente estatal" a gestão de serviços públicos de saúde - passa, especialmente a partir da contrarreforma de Bresser-Pereira, em 1998, a ser um novo campo de apropriação de recursos públicos e acumulação. Os chamados "novos modelos de gestão", introduzidos pelos tucanos através das Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) são na verdade, uma nova forma de parasitismo privado das atividades públicas, mais um setor econômico na saúde que surge a partir a ação direta do Estado. A terceirização da gestão dos serviços de saúde passam, ironicamente a partir das premissas neoliberais de ajuste fiscal e redução do Estado, a servir como uma dupla ferramenta de dominação econômica e política. Por um lado, expande e facilita a transferência direta e indireta de recursos públicos para o setor privado e por outro aumenta a exploração dos trabalhadores da saúde através da lógica administrativa gerencial (aumento do controle e intensificação do trabalho, flexibilização dos vínculos empregatícios, limitação da organização sindical).

Novamente, durante o período petista há um aprofundamento do quadro a partir da manutenção da lógica neoliberal de gestão dos serviços de saúde e da atuação direta do Estado. Nos últimos anos o que se vê é a grande expansão das OSs e OSCIPs em diversas regiões do país, chegando inclusive a campos até pouco tempo considerados pouco rentáveis, como a Atenção Básica. Além

disso, observa-se também a diversificação desses mecanismos de gestão. As empresas públicas, como as "Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP)" e a "Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)", introduzidas como uma falsa contraposição às propostas tucanas, perpetuam, sob aparente maior grau de controle estatal, a mesma lógica de gestão e contribuem fortemente para a expansão desses mecanismos para as esferas estaduais e municipais. Os recordes de faturamento deste novo parasitismo estatal apenas demonstram que o projeto do lulismo hegemônico é estimular a gestão neoliberal dos serviços de saúde.

Se por um lado o subfinanciamento, a privatização da gestão dos serviços de saúde e o privilegiamento dos planos e seguros de saúde representam tendências constantes em toda a trajetória do SUS, independente de governos; por outro existem características específicas significativas do período Lula e Dilma, que precisam ser destacadas para a caracterização do período atual. Essas características são principalmente a modernização dos padrões de consumo em saúde dentro dos marcos da dependência tecnológica, característica típica do capitalismo dependente; a intensificação do processo de mercantilização da saúde; e o aumento da segmentação do direito à saúde.

No que diz respeito à modernização dos padrões de consumo em saúde, é necessário frisar que as diversas medidas neoliberais implantadas na década de 90, como a redução da proteção estatal sobre a produção industrial nacional, a desregulamentação do mercado, o privilegiamento de importações, entre outras, já haviam

aumentado o grau de dependência da economia nacional durante a década de 90. Entretanto, o aumento do consumo na saúde era limitado pelas péssimas condições de renda da população brasileira. A partir da eleição de Lula, há um aumento do crescimento econômico, redução do desemprego, aumento do salário mínimo e a criação do bolsa família, que levaram a um significativo aumento da renda familiar especialmente em camadas da população antes excluídas ou com acesso restrito ao mercado de consumo. Na saúde, esse aumento do poder de compra contrasta com um sistema de saúde precarizado, com uma estrutura de gastos majoritariamente privada e uma grande demanda reprimida por serviços de saúde. Essa demanda encontrou dois caminhos principais para se concretizar. O primeiro foi naturalmente através do setor privado, já consolidado de outros tempos e nesse momento com um grande espaço para expansão. O segundo foi através do aumento do acesso aos serviços públicos de saúde, porém sem torná-los de fato resolutivos ou qualificados. Ambos os caminhos levam, seja a partir do gasto direto da população, seja pelos gastos do Estado, a um aumento do consumo de medicamentos, procedimentos e exames, seja diretamente pelo pagamento dos usuários (incluindo planos de saúde), seja através das compras estatais. Isso ocorreu no que diz respeito aos produtos mais essenciais de tecnologia média e baixa, anteriormente menos acessíveis, e principalmente no que diz respeito aos de alta tecnologia, área de alta lucratividade e principal frente de expansão da acumulação.

Neste ponto, vale destacar o crescimento em tamanho e lucratividade de mercados já existentes desde os tempos da ditadura, como os planos de saúde, as farmácias comerciais e a rede hospitalar, bem como o surgimento de novos. Entre 2003 e 2011, o número de beneficiários de planos de saúde saltou de 32 milhões para 47 milhões, e o faturamento do setor de saúde suplementar de 28 para 83 bilhões de reais. O mercado farmacêutico, apoiado principalmente no aumento da renda e na incapacidade do SUS em prover medicamentos a maior parte da população, mas também em políticas governamentais como o Programa Farmácia Popular, assistiu ao crescimento do número de farmácias comerciais de cerca de 60 mil em 2000 para 82 mil em 2010; o faturamento do mercado passar de 11 bilhões de reais em 2004 para 54 bilhões de reais em 2013; e o varejo farmacêutico cresce constantemente na faixa dos 15% ao ano. O mesmo acontece com o setor de produtos para a saúde, incluindo equipamentos e diagnóstico, que aumentou seu faturamento de 1,6 bilhão de reais em 2003 para 4,8 bilhões em 2010. A tendência de entrada do capital internacional no mercado brasileiro também é notável, e tende a ser cada vez mais forte. Como exemplos temos a compra da Amil pela americana UnitedHealth, a compra da Medley (maior produtora nacional de medicamentos genéricos até então) pela Sanofi-Aventis; e a entrada da americana CVS Caremark no varejo farmacêutico.

O aumento do consumo associado ao alto grau de dependência tecnológica do setor saúde no Brasil, à vulnerabilidade do país às pressões do capital transnacional, e à hegemonia do mode-

lo assistencial liberal-privado tem, no geral, levado a uma forte expansão dos negócios e a um crescimento do poder e área de influência do capital no setor saúde, tornando nosso sistema cada vez mais refém. Por outro lado, isso não representa uma melhora significativa nas condições de saúde, uma vez que o modelo assistencial centrado na cura, nos hospitais e no consumo é incapaz de dar respostas consistentes a essas condições. Do ponto de vista material, a população passa a buscar no setor privado aquilo que o Estado não é capaz de oferecer, o que acaba não apenas deslegitimando o projeto e princípios do SUS (que não se realizam na prática) como também aumentando a segmentação entre diferentes camadas da população, a depender do poder compra, da posição no mercado de trabalho e do acesso à serviços públicos e privados. Do ponto de vista simbólico, a não garantia serviços de saúde de qualidade pelo SUS, reforça também o entendimento da saúde enquanto mercadoria e não como direito social, conferindo maior status à parte da população que pode pagar por ela e tornando o acesso ao mercado da saúde um objeto de desejo e fetiche de ascensão social.

Todo essas questões se tornam ainda mais relevantes e contraditórias, se considerada a retomada do pensamento desenvolvimentista no final dos anos 2000, em um momento de hegemonia neoliberal, totalmente diferente do contexto em que foram pensadas. Por um lado, a constante necessidade de manutenção do superávit primário faz do setor saúde um ponto essencial para o crescimento econômico, uma vez que este cresce em médias bem

acima de outros setores da economia e hoje já representa mais de 10% do PIB brasileiro, sendo necessária portanto a manutenção e estímulo dessa expansão com todas as consequências já citadas, incluindo a abertura para o capital transnacional. Por outro lado e contraditoriamente, fala-se na pressão do capital para o aumento de gastos no sistema de saúde e da necessidade de sustentabilidade econômica do SUS, gerando quimeras como as Políticas de Desenvolvimento Produtivo (PDPs), em outras palavras, parcerias público-privada para a produção de medicamentos. Sob a justificativa de fortalecer a produção nacional e reduzir o déficit da balança comercial, transferem-se rios de dinheiro público para fortalecer uma burguesia nacional, como se essa fosse autônoma ao capital transnacional e capaz de enfrentar do ponto de vista tecnológico e mercadológico os interesses do grande capital na saúde, reduzindo assim os efeitos do capitalismo dependente. O que, dentro do contexto geral da política econômica das políticas de saúde no Brasil, é sem dúvida um grande contrassenso.

Em 2014, passado um ano das jornadas de junho, o povo aumenta o teor de sua ofensiva. Após a vitória na redução do preço das passagens, abriu-se um período político em que milhões perceberam que só a luta muda a vida. Ainda assim, estamos no polo defensivo: nossa luta pela saúde costuma ser uma justificativa permanente das contradições do SUS, mesmo com dificuldades de ponderar pois ele é fruto de uma dupla derrota: do projeto da Reforma Sanitária, na década de 1980, pelo pacto conservador da Constituinte, e do SUSismo autêntico, na década de 1990, atropel-

lado pela hegemonia neoliberal. Esta conjuntura não foi capaz de modificar a visão que o povo brasileiro tem sobre o conjunto da política de saúde, apesar das mudanças que o SUS trouxe ao quadro sanitário. Por isso, nossa leitura não deve ser tributária do conformismo e/ou do reformismo. As pequenas e focais melhorias nos padrões assistenciais apenas mostram que a política de saúde obedece ao padrão geral da mudança social brasileira, que tende a ser conservadora e dirigida pelas classes dominantes de forma monolítica. Neste sentido, a saúde permanece como um instrumento de dominação de classe, de controle dos corpos, de usurpação de um direito fundamental e de sua transformação em mercadoria, a despeito dos inegáveis - porém pequenos e frágeis - avanços que tivemos no pós-1988. Eles não foram suficientes para alterar a correlação de forças para o polo popular. A saúde permanece sendo reflexo e instrumento de reprodução de uma sociedade profundamente segregada. Para agravar este cenário, mesmo as raras frestas no edifício impermeável do Estado brasileiro estão se fechando para quaisquer mudanças sociais constitutivas e acumulativas. Isto implica dizer que as forças políticas revolucionárias, das quais o nosso partido precisa sempre fazer parte, devem escutar o espontâneo grito das ruas como um alerta: "a vida está insuportável. Não aceitamos mais do mesmo".

PROGRAMAS ESTADUAIS DE SAÚDE

Bernardo Pilotto

Elaborado para o II Seminário Nacional do Setorial de Saúde do PSOL

O sistema de saúde brasileiro foi construído a partir de muitas lutas sociais, especialmente nos anos 1980, a partir da mobilização de movimentos populares, sindicais, estudantis e setores da academia em favor do que ficou conhecido como reforma sanitária brasileira. Essa luta garantiu que a Constituição Federal de 1988 tivesse a saúde, vista como algo mais ampla do que a simples ausência de doença, como um direito de todos a ser garantido pelo Estado. Posteriormente, a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) estruturou o SUS – Sistema Único de Saúde.

O movimento pela reforma sanitária combinou reivindicações mais, digamos, econômicas, como gratuidade e universalidade do acesso a saúde, com demandas de gestão, como a descentralização e hierarquização do sistema. Esses itens foram incluídos como princípios e diretrizes do SUS e, no caso dos dois últimos, são as diretrizes que responsabilizam os entes federativos (união, estados e municípios) por determinadas funções dentro do SUS.

Em 2014 participaremos de eleições para presidente e governador e este texto busca orientar a elaboração do programa do PSOL para as eleições estaduais. Essa é uma tarefa muito difícil, visto que há muita disparidade de serviços entre os mais diversos

estados brasileiros, tanto por conta de seu tamanho como por conta de suas condições orçamentárias. O objetivo aqui é dar linhas gerais para que cada Diretório Estadual / Coordenação de Campanha tenha elementos para fazer sua formulação local.

Primeiramente, é preciso localizar o PSOL na defesa do projeto histórico da reforma sanitária brasileira e do SUS. Somos parte daqueles que seguem lutando por um sistema de saúde com acesso universal, integral, gratuito e igualitário. Além disso, entendemos que a saúde tem relação direta com a classe social e as condições de vida de cada sujeito. Ou seja, só é possível ter saúde com redução da jornada de trabalho, saneamento básico, transporte de qualidade, educação e lazer, entre outros pontos.

Outro ponto importante é a nossa crítica ao modelo atual de saúde, que é demasiadamente focado no médico, nos hospitais e nos medicamentos. Esse modelo, conhecido como biomédico, traz sérias limitações as condições de tratamento, além de individualizar os problemas que são coletivos. Além disso, este modelo não tem interesse em evitar as doenças, visto que lucra (e não é pouco) com elas. É, portanto, um “modelo de doença” e não um modelo de saúde.

Desde a aprovação da lei do SUS nos anos 1990, sua implementação vem sendo feita de modo precário, na perspectiva do estado mínimo. Nos últimos anos, uma série de serviços públicos de saúde foram terceirizados e privatizados, das mais diversas maneiras e pelos mais diversos governos. Será nossa tarefa denunciar todas essas formas de privatização e terceirização: OS's e OS-

CIP's, Fundações Estatais de Direito Privado, Empresas Públicas de Direito Privado e Parcerias Público-Privadas.

É dentro desses marcos gerais que os programas de saúde do PSOL nos estados devem ser construídos. É desta forma que vamos contribuir para o resgate das ideias da reforma sanitária e para o fortalecimento da luta por um sistema de saúde que não esteja subordinado às ordens do capital.

As funções dos estados no SUS

Em nossa atuação cotidiana, o Setorial de Saúde do PSOL, assim como os diversos movimentos onde estamos inseridos, têm como foco as reivindicações ao governo federal (especialmente por conta da luta dos hospitais universitários) e aos governos municipais (por conta das reivindicações relativas à atenção primária).

Difícilmente reivindicamos medidas dos governos estaduais e isso acontece porque muitos dos serviços que são responsabilidade dos estados estão no âmbito da gestão, na retaguarda do sistema.

Se, quando debatemos a saúde nos municípios, é possível falar de medidas preventivas na prática (e contrapor ao debate apresentado pelos demais partidos apontando que estes só querem debater a “doença”), esse debate é mais difícil na eleição estadual, visto que cabe aos governos estaduais uma gama de serviços que não está diretamente associada a prevenção. Apesar disso, as medidas que apresentaremos abaixo tem também impacto na prevenção, mesmo que de maneira indireta.

Seguem alguns pontos, sem ordem de prioridade:

1) Saúde do trabalhador:

Atualmente, um grande número de trabalhadores tem adoecido, seja por razões físicas ou psíquicas. Isso ocorre porque passamos a maior parte de nossa vida em nossos trabalhos (ou no trajeto para eles), especialmente nos grandes centros urbanos.

Os governos estaduais podem ter uma política efetiva nesta questão. Primeiramente, é possível fortalecer o que a lei chama de CEREST (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador), capacitando os trabalhadores da rede de saúde para as demandas oriundas da saúde do trabalhador. Em muitos estados, só há CEREST's na capital ou em grandes cidades, desconsiderando a expansão da agro-indústria (que, por sinal, é uma campeã em acidentes de trabalho) por todo o interior do Brasil.

A capacitação de trabalhadores da saúde em CEREST's é muito importante visto que a saúde do trabalhador é um espaço permanente de disputa e as grandes empresas fazem muita pressão para que determinadas doenças não sejam relacionadas com determinados tipos de trabalho, por exemplo. Há também um vazio na formação nas faculdades sobre o tema, o que exige uma capacitação extra.

Além do fortalecimento dos CEREST's, os governos estaduais poderiam intermediar, junto a sindicatos e patrões, a proibição de determinados equipamentos que mutilam trabalhadores. A proibição de determinado equipamento é matéria para lei federal, mas

um governo estadual poderia intermediar a garantia desta proibição nos acordos coletivos de trabalho assinados entre empresas e sindicatos.

Cada Diretório Estadual / Coordenação de Campanha deve, portanto, mapear a situação do CEREST em seu estado e se já há algum tipo de política restritiva a máquinas.

2) Política de medicamentos:

Um dos grandes nós do financiamento da saúde brasileira está na política de medicamentos. O SUS e a Constituição garantem o tratamento integral e a assistência farmacêutica está inserida nisso. Por outro lado, no Brasil não temos produção própria de medicamentos (salvo honrosas exceções), o que faz com que os governos estaduais tenham que arcar com a compra de medicamentos de grandes laboratórios, que muitas vezes chegam a cobrar mais de R\$10.000,00 por um único comprimido.

Uma política que poderia reverter esta situação, em médio e longo prazo, seria o fortalecimento (ou a instalação onde ainda não existe) de empresas públicas de medicamentos. Tais empresas teriam como objetivo a produção e pesquisa de medicamentos e novos tratamentos, fazendo com que o poder público dependesse cada vez menos da poderosa indústria farmacêutica. Essa pauta é mais uma que apenas pode ser defendida pelo PSOL e seus aliados, visto que hoje a indústria é uma poderosa financiadora de campanha dos partidos da ordem.

Cada Diretório Estadual / Coordenação de Campanha deve mapear se já há empresa de medicamentos em seu estado e, a partir daí, formular uma política de construção e/ou de fortalecimento das fábricas já existentes.

3) Hospitais regionais:

“O melhor hospital do interior é uma ambulância para a capital”. Na maior parte do Brasil, a frase, originalmente dita por um candidato a governador do Paraná pelo PMDB, é verdadeira. Todos os dias, milhares de pessoas vão até as capitais de cada estado do país em busca de tratamento, em ônibus e vans que passam a noite em estradas esburacadas e perigosas.

Além da questão humanitária, é preciso dizer que este modelo dificulta os tratamentos e passa a gerar outros agravos a saúde. E, apesar do SUS ter a hierarquização como diretriz, o que acontece atualmente é muito diferente disso, visto que a população é levada para as capitais por conta de necessidades básicas de saúde.

A construção de hospitais regionais é uma política para evitar a superlotação dos maiores hospitais, permitindo que estes se concentrem nos atendimentos de maior complexidade. Além disso, é uma medida que combate a compra de serviços da iniciativa privada (mecanismo que vem favorecendo as indústrias da saúde).

Alguns estados tem universidades estaduais com cursos de medicina interiorizadas e isso garante a presença de hospitais de alta complexidade no interior. Mesmo assim, hospitais regionais de

média complexidade continuam necessários e são parte da política de garantir o acesso a saúde próximo a moradia do usuário, facilitando o vínculo e o tratamento e evitando o surgimento de outros problemas de saúde.

Por outro lado, alguns estados, especialmente na região amazônica, serão necessárias outras medidas, como a compra de helicópteros e a construção de barcos-ambulância, para garantir o acesso universal. Cada Diretório Estadual / Coordenação de Campanha deve mapear a situação da regionalização da saúde e formular uma proposta para este tema.

4) Escolas de saúde pública:

Em muitos estados, os governos estaduais mantêm escolas de saúde pública, que visam capacitar os trabalhadores da saúde, com cursos de especialização, palestras, mini-cursos, etc. O abandono e precarização dessas escolas é uma regra nacional.

Um governo socialista certamente deve investir na formação dos profissionais de saúde, garantindo um espaço de contra-hegemonia ao ensino de saúde que hoje é feito na maior parte das faculdades e universidades brasileiras.

também entra a possibilidade de construir capacitações em temas como saúde LGBT, da população negra, saúde da mulher, entre outros pontos negligenciados atualmente.

5) Saúde da mulher:

Gostaria de destacar dois pontos relativos a saúde da mulher: aborto legal e parto humanizado.

O primeiro ponto é a possibilidade do governo estadual ter uma política para garantir a realização do aborto nos casos em que ele já é legalizado. Atualmente, mesmo com a decisão da justiça em mãos, as mulheres tem dificuldade de conseguir um estabelecimento de saúde que faça o procedimento. Não há previsão legal que oriente que esta tarefa é do estado ou do município e, portanto, podemos assumir isso como um compromisso programático.

O recente acontecimento do Rio Grande do Sul, onde uma mãe foi obrigada a fazer uma cesárea por força judicial e policial, mostra a importância de avançarmos na construção de casas de parto e outros estabelecimentos que possam garantir o parto com técnicas humanizadas, acompanhado de doulas e da família, entre outros pontos. Esse é também um ponto que pode ser abordado na escola de saúde pública.

6) Saúde mental:

Junto ao movimento pela reforma sanitária, um outro movimento se fortaleceu no Brasil e obteve importantes vitórias: o movimento da luta anti-manicomial, que possibilitou uma reforma psiquiátrica no país. Essa reforma fechou as instituições manicomiais, que tratavam as doenças mentais com trancamento dos pacientes e outras medidas que faziam estas instituições parecerem da Idade Média. Atualmente vemos um retrocesso em relação a essa política, com medidas manicomiais de diversos governos, tanto do PT

como do PSDB. Uma dessas medidas é a internação compulsória através de comunidades terapêuticas, instituições privadas normalmente ligadas a igrejas.

Apesar da maior parte das medidas relativas a rede de saúde mental estarem vinculadas aos municípios, os governos estaduais tem financiado as comunidades terapêuticas e também recriado hospitais exclusivamente psiquiátricos.

Os candidatos do PSOL devem defender o fim de qualquer financiamento para comunidades terapêuticas e instalação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, evitando desta forma o isolamento dos usuários.

7) Financiamento:

Tudo isso só é possível se a saúde pública tiver um financiamento adequado. Atualmente, boa parte do orçamento da saúde é sugado pela esfera privada, a partir da compra de serviços, procedimentos e medicamentos. Os pontos levantados acima buscam romper com esta lógica, para que o dinheiro público seja investido na saúde pública.

A visão ampliada de saúde abriu espaço para que os mais diversos governos estaduais descumprissem o mínimo constitucional para a saúde pública (12% do orçamento no caso dos estados), gastando dinheiro da saúde na área de esportes, faculdades, saneamento, etc. é claro que estas medidas ajudam na garantia da saúde mas, se formos entrar nesta lógica, tudo será saúde e, ao mesmo tempo, nada.

Também há governos que gastam dinheiro da saúde com servidores aposentados ou com estabelecimentos de saúde que não tem acesso universal, como hospitais da polícia militar. Defendemos uma política rígida em relação ao orçamento da saúde, sem mascaramento dos investimentos.

Concluindo...

O PSOL deve buscar construir este programa para a área de saúde junto aos movimentos que vem levantando as bandeiras que foram trazidas como elementos para nossa construção programática. O PSOL é parte da luta pela reforma sanitária e não a totalidade dela.

Devemos, portanto, procurar os distintos movimentos para a construção de nosso programa, como os fóruns populares de saúde (especialmente aqueles que são vinculados a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde), movimentos de mulheres pelo parto humanizado (Bem Nascer, Parto Ativo, entre outros), sindicatos da área de saúde, movimento estudantil da área de saúde e movimento da luta anti-manicomial, entre outros que possam existir nos estados.

Com os elementos colocados acima, entendemos que há possibilidade do PSOL se configurar enquanto uma referência para o debate sobre saúde em todo o Brasil, mostrando uma alternativa real aos partidos da ordem, que insistem em debater a melhor forma de tratar a doença, sem a perspectiva de evitá-las.

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DROGAS

Anna Laura de Almeida

Elaborado para o II Seminário Nacional do Setorial de Saúde do PSOL

Na história da humanidade o modo como as sociedades têm lidado com a loucura é algo que passou por inúmeras transformações. Michel Foucault nos ensinou que houve um tempo em que a loucura não era considerada doença e sim um modo de viver a vida: os loucos eram apenas mais uns entre todos os excluídos. Conviviam, assim como mendigos, prostitutas, deficientes, etc., juntamente com as demais pessoas das cidades. Posteriormente, houve um momento em que todas essas pessoas ficaram reclusas em grandes Hospitais Gerais, não com o objetivo de tratá-las e sim de limpar as cidades daqueles que não mereciam viver nelas. Foi no final do século XVIII que Philippe Pinel procura descrever os quadros psiquiátricos e coloca, então, a loucura com status de doença que precisa de tratamento.

De lá para cá, cresceram por todo o mundo os manicômios. Já no início do século XX, esses espaços que deveriam ser de tratamento foram comparados aos grandes campos de concentração nazista: repressão, isolamento, abandono, maus-tratos, péssimas condições de alimentação e hospedagem. Na segunda metade do século, vários países propuseram iniciativas de reforma psiquiátri-

ca, que não significaram nada além de “melhorias” dos manicômios sem, contudo, questionar o seu papel central. Foi apenas com as experiências de reforma na Inglaterra e Itália que se afirmou ser possível e necessária a extinção do hospital psiquiátrico, pois “A liberdade é terapêutica”.

O Brasil inicia, então, seu processo de Reforma Psiquiátrica inspirado pela experiência de Trieste na Itália que havia, de fato, fechado os hospitais psiquiátricos. No final dos anos 80, contávamos com uma grande “indústria da loucura”: 100 mil leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados. Vivíamos o contexto histórico da redemocratização e do movimento da Reforma Sanitária, que criaria mais tarde o SUS. Barbáries ocorridas nos hospitais psiquiátricos, como a morte de 60 mil pessoas no Hospital Colônia de Barbacena – MG, eram denunciadas cada vez mais frequentemente. Trabalhadores se organizam e criam o “Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental”, adotando a insígnia “Por uma sociedade sem manicômios”.

De uma maneira geral, podemos dizer que a Reforma Psiquiátrica Brasileira adota em seu percurso estratégias nos campos:

1) Assistencial: criação de rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos; fechamento de leitos; mudança de concepção na clínica, ou seja, no modo como entende-se o tratamento (para que os serviços substitutivos não se transformem em mini-manicômios).

2) Jurídico/Legislativo/Político: criação de lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001), que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e resguarda a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, assim como outras leis de âmbito estadual.

3) Cultural: mudança paradigmática, que busca transformar o modo como a nossa sociedade lida com a diferença e entende a pessoa com sofrimento mental.

Após aproximadamente 20 anos de construção das redes substitutivas de saúde mental e 13 anos da Lei 10.216/01, construímos novas formas de conviver e tratar as pessoas com sofrimento mental, respeitando-as em suas singularidades e direitos; fechamos muitos manicômios e devolvemos à vida pessoas que passaram cerca de 20, 30, 40 anos em longas internações; dialogamos com as cidades através de experiências de Centros de Convivências e Geração de Trabalho e Renda e atuando também no campo da arte, cultura e protagonismo dos usuários; garantimos os cuidados de portadores de sofrimento mental em todos os momentos de sua vida, nos CAPS quando em crise e nas Unidades Básicas de Saúde, quando se encontram estáveis; além dos CAPS infanto-juvenis para cuidar das especificidades de crianças e adolescentes e dos CAPS álcool e drogas, para pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias.

Contudo, nossa conjuntura atual nos alerta para um momento de retrocesso na história da Luta Antimanicomial. O impasse vivido em várias cidades e estados brasileiros, que não conseguiram

efetivar serviços de fato substitutivos aos hospitais psiquiátricos e ainda precisam recorrer à eles em situações de urgência, vai alongando a vida desses espaços violadores de direitos. Isso se traduz em cerca de 30 mil leitos em hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento e apenas 2.128 CAPS.

Se não bastasse então o árduo trabalho que ainda temos pela frente para fechar todos esses hospícios, enfrentamos na última década uma escalada de terror e demonização em relação ao objeto droga e às pessoas que fazem uso dela. Independente do modo e riscos, mas com um apelo midiático e social muito problemático para os indivíduos que se utilizam da cena da rua e das ditas “cracolândias” para tal ato, as tentativas de respostas dadas por governantes e pela sociedade em geral colocam em questão inúmeros princípios da Reforma Psiquiátrica: é a ideia de que só afastando essas pessoas de seus locais de convívio vamos conseguir “curá-las”, ignorando suas histórias de vida e sem perguntarmos o porquê de elas estarem naquela situação.

O novo louco é o usuário de drogas, representado pela emblemática figura do “crackeiro”. Apresentado na imprensa como o mal supremo, esse parece servir muito bem aos anseios punitivos e eleitorais do que há de pior na arena política nacional, e com a falsa desculpa de tratá-los acobertando verdadeira intenção relacionada aos megaeventos que ocorrerão em 2014 e 2016, praticam-se medidas higienistas em larga escala nas capitais, dentre elas as famigeradas internações compulsórias. No jogo político faz-se de tudo para usar e aumentar o real impacto do problema, criando mi-

tos como da “epidemia de crack” ou dos “usuários zumbis”, imagens que são completamente desprovidas de sentido clínico.

A política que isola em nada ajuda os usuários, pois desconsidera seu contexto, investe na repressão policial e tem na abstinência o objetivo único, como bem sabemos a abstinência pode ser conseguida, mas jamais pensada como panacéia de cuidados, pois políticas totalizantes não resolvem problemas complexos. O que a política de Redução de Danos nos ensina é que a criatividade e a análise dos contextos e vidas específicas são as maneiras que mais respeitam e garantem direitos dos usuários, pois trabalham com a construção do laço social, da voluntariedade e do tratamento conforme as possibilidades de cada um.

Nesse contexto, o governo federal vêm tomando medidas que só contribuem para o recrudescimento da situação. Em Dezembro de 2011, após o lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (com ações em diversos âmbitos do governo, como segurança, educação, assistência social, saúde, etc.), o Ministério da Saúde lança a portaria 3088 de 23/12/2011 que visa instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Na avaliação dos movimentos atuantes na área, tal portaria tem o importante papel de definir os diversos dispositivos da rede, inclusive ampliando ações e financiamentos antes inexistentes. Contudo, a mesma portaria inclui como dispositivo da RAPS as Comunidades Terapêuticas, determinando financiamento público para as mesmas.

Sabe-se que esse setor inclui instituições religiosas e possuem grande poder de articulação e lobby político junto às banca-

das no congresso e legislativos estaduais, mas também junto aos governos federal, estaduais e municipais. Apesar de a portaria 3088 estabelecer vários critérios e com isso dificultar bastante seu credenciamento junto ao SUS, existem vários outros modos de financiamento público dessas instituições (via SENAD, convênios com governos estaduais e municipais, etc.).

A lógica de tratamento oferecido por essas instituições, que ao contrário do SUS não se pautam pelo pleno acesso, seleciona e julga os usuários de acordo com critérios morais que desrespeitam a diversidade cultural dos usuários, fazem exigência de que permaneçam abstinentes, de que adotem a religião ou práticas de espiritualidade na comunidade, de que permaneçam determinados períodos sem contatar suas famílias e em casos extremos há relatos inclusive de trabalhos forçados. Temos farto material de denúncia que aponta as precárias condições desses locais e de sua maneira de tratamento. No relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas, o Conselho Federal de Psicologia apontou diversas violações que vão de roubo de correspondência, desrespeito a identidade sexual até tortura física e psicológica.

Outro grande exemplo desse momento de retrocessos é o projeto de lei do deputado Osmar Terra (PMDB) – PL 37/2013 – que consegue sintetizar tudo que há de mais retrógrado em relação às políticas públicas para a área, tanto no âmbito penal (maior criminalização dos usuários), quanto no incentivo e facilitação para entrada no SUS das comunidades terapêuticas. Além disso, assegura a

possibilidade de internações forçadas, banalizando esse dispositivo e colocando-o como primeiro recurso de tratamento, dentre vários outros pontos problemáticos.

Em contraponto a esse projeto de lei, temos muito orgulho e apoiamos o projeto do deputado Jean Willys que propõe a legalização da produção, comércio e uso da maconha, entendendo a imperiosa necessidade de por fim à fracassada política de Guerra às Drogas. O projeto além de ser construído junto aos movimentos sociais e a academia inova ao propor a anistia aos traficantes presos pelo crime de tráfico. Entendemos esse ponto fundamental para aprofundarmos o debate da criminalização da pobreza e avançarmos no sentido da desconstrução de práticas punitivas tão presentes no campo da esquerda. Se defendemos o fim dos manicômios também devemos defender o fim das prisões.

Portanto, é necessário que toda militância do PSOL e candidatos e candidatas às eleições de 2014 estejam atentos e atuantes nas discussões e ações acerca da temática da saúde mental, álcool e drogas, por se tratar de um dos debates centrais na atualidade, articular com problemáticas relacionadas ao financiamento e privatização do SUS, segurança, desmilitarização da vida e legalização das drogas, dentre outros. Exigirão, portanto, que nossa militância contribua para o debate e construção de políticas que concorram para a construção do socialismo com liberdade.

Glossário dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial. Responsáveis pelo atendimento aos casos graves e em crise. Há uma divisão em CAPS I, para populações pequenas e com equipe mais reduzida; CAPS II, para populações médias e com equipe um pouco maior, sendo que os CAPS I e II funcionam apenas durante o dia; CAPS III, para grandes populações, funcionam 24 horas.

CAPSi: Centros de Atenção Psicossocial para infância e adolescência.

CAPSad: Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas.

SRT: Serviços Residenciais Terapêuticos. São casas para grupos de cerca de 8 moradores egressos de longa internação em hospitais psiquiátricos e que perderam o contato ou a possibilidade de moradia com familiares.

Centros de Convivência: São serviços que trabalham através de oficinas de arte, cultura e lazer, a reinserção social de portadores de sofrimento mental, a possibilidade de criação de vínculos e de autonomia.

Leitos em hospital geral: destinados a portadores de sofrimento mental e/ou usuários de álcool e outras drogas que necessitem de cuidados clínicos.

Casas de Acolhimento Transitório: dispositivos ainda inexistentes em boa parte dos municípios que acolherão usuários dos CAPSad que precisam de um local protegido para viverem enquan-

to recuperam laços com a família e comunidade, ou organizem sua própria moradia.

Equipes de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde: trabalham em parceria com as Equipes de Saúde da Família no cuidado aos usuários portadores de sofrimento mental que residem em seu território.

Consultórios de Rua: equipe que aborda e cria vínculo com usuários de álcool e drogas em situação de rua, possibilitando sua inserção em serviços de saúde e trabalhando na lógica da Redução de Danos.

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Moisés Vieira Nunes

Elaborado para o II Seminário Nacional do Setorial de Saúde do PSOL

Pontos Fundamentais

Atenção Primária à Saúde é definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.(1) É o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. (2) Se trata de um ente da organização dos Sistemas de saúde essencial e definidor de sua qualidade de todo o processo de cuidado.

No entanto, apesar do reconhecimento universal de sua importância temos, no Brasil ainda uma APS incipiente, pouco organizada e abrangente, repletas de carências e contradições, fruto da processo histórico de hegemonia de um modelo privado e li-

beral e de políticas públicas submissas ao complexo médico industrial e vulneráveis à utilização da saúde como moeda de troca no atual governo de coalizão.

No cenário político-eleitoral atual, em especial na eleições de 2014, a discussão sobre a Atenção Primária à Saúde aparece com força, mesmo que indiretamente através do Mais Médico que deverá ser um dos carros-chefe da campanha da Dilma à reeleição presidencial e do Ex-ministro petista da saúde Alexandre Padilha ao governo de São Paulo. Ao propor, em sua ação de maior evidência a trazer médicos cubanos para trabalhar nas Unidades básicas de Saúde, o programa conseguiu uma reverberação social importante, pois se propõe a enfrentar o problema de acesso à consulta médica, um dos aspectos mais mal avaliados nas pesquisas de satisfação do usuário do sistema.

Para além da crítica ao Programa, contemplada em documentos do Setorial de Saúde do PSOL em momentos anteriores (3), se mostra essencial um posicionamento do setorial sobre o papel da Atenção Primária que seja capaz de orientar os candidatos do partido. Por outro lado, deve aproveitar a visibilidade eleitoral adquirida pelo programa Mais Médicos e denunciar seus equívocos e contradições. E apresentar um caminho que de fato faça da Atenção Primária em Saúde um alicerce de substituição do tradicional modelo assistencial liberal, privado e centrado no modelo biomédico de explicação da saúde.

Modelo Assistencial e Multiprofissionalidade

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. (4)

O modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia é chamado de medicina científica ou biomedicina. Esta concepção estruturou a assistência médica previdenciária na década de 1940, expandindo-se na década de 1950, orientando também a organização dos hospitais estaduais e universitários, se manteve hegemônica durante a ditadura e, mais recentemente nos governos neoliberais, foi essencial para a expansão setor privado da saúde brasileira. O fortalecimento da APS e da Estratégia de Saúde da Família, nesse contexto, deveriam assumir um papel central de reorientação do modelo assistencial brasileiro.

No entanto, a realidade atual apresenta situações que contrariam categoricamente todo acúmulo do Movimento Sanitário Brasileiro. Programas como os do Governo PT de Fernando Haddad no município de São Paulo promovem um encontro com o passado ao trazer de volta o modelo de assistência primária centrada em especialidades médicas nas atuais UBS integral. Nela as pessoas perdem a possibilidade de ter sua saúde e a saúde de sua

família acompanhada por uma mesma equipe ao longo da vida e tem seu atendimento básico fragmentado.

É necessária manter firme a implementação da Atenção Básica calcado na Equipe Multiprofissional e na Estratégia Saúde da Família; em profissionais cada vez mais capacitados e especializados em cumprir essa tarefa, com capacidade resolutiva, promovendo a longitudinalidade, integralidade e abrangência no cuidado. Esse não é um processo natural, demanda investimento e compromisso e desprendimento em relação ao complexo médico hospitalar e dos capitalistas da saúde.

Por outro lado, é importante estar atento as limitação da ESF e promover seu aprimoramento. No “Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 Investindo em Saúde”, o Banco Mundial que se apresenta como uma das principais referências internacionais dos países em desenvolvimento nas questões referentes ao financiamento público, deixa claro sua intenção de adequar a política às prioridades do ajuste fiscal. Define como prioridade máxima que os governos financiem pacote restrito de medidas de saúde pública e de intervenções clínicas essenciais.

Mehry e Franco opinam sobre o tema mostrando as contradições do Programa Saúde da Família afirmando que “aplicar a agenda do Banco Mundial para a saúde, significa deixar de considerar a saúde um bem público, um direito que deve ser garantido pelo estado. Esta proposta vai na contracorrente dos movimentos de reforma sanitária (...) De natureza nitidamente privatista, fazendo eco às propostas neoliberais de organização da sociedade, a

instituição financeira vem propor para países em desenvolvimento, que seus pacotes de saúde pública contemplem programas direcionados a imunizações, vigilância à saúde, através da promoção às doenças infecto contagiosas e DST/AIDS, e programas nutricionais voltados especialmente para o atendimento a criança. As ações de média e alta complexidade ficam portanto, ao cargo do setor privado e deverão ser pagas pelo “consumidor”. É a proposta de racionalizar custos do estado, limitando o acesso, introduzindo o co-pagamento, jogando para os usuários o ônus de custear o sistema de saúde.

Deve ser somada a essa crítica a limitação de se restringir a multiprofissionalidade da APS à equipe básica. A Resolução 287/98 do CNS que teve como objetivo reconhecer que a ação interdisciplinar no âmbito da saúde e a imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constituem um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção. Ela relaciona profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação na área da Saúde:

1. Assistentes Sociais; 2. Biólogos; 3. Biomédicos; 4. Profissionais de Educação Física; 5. Enfermeiros; 6. Farmacêuticos; 7. Fisioterapeutas; 8. Fonoaudiólogos; 9. Médicos; 10. Médicos Veterinários; 11. Nutricionistas; 12. Odontólogos; 13. Psicólogos; e 14. Terapeutas Ocupacionais.

Isso não significa que para o bom funcionamento seja necessária a presença de todos esses profissionais em uma equipe básica e nem que sejam apenas essas as categorias profes-

sionais capazes de construir a assistência à saúde de modo articulado com a atenção básica. A composição da equipe básica deve respeitar a diretriz de municipalização do SUS e características socio-culturais devendo o modelo assistencial ser definido localmente nas instancias de planejamento e controle social. Essa equipe deve receber apoio constante e planejado dos outros saberes e profissionais. As doulas, os optometristas e profissionais e saberes que compõem as Práticas Alternativas e Complementares em saúde trazem potência às práticas em saúde e se mostram fundamentais para a desconstrução da saúde centrada no trabalho médico e medicação. É essencial que haja uma ação articulada do trabalho desses profissionais com as equipes da ESF para que ela possa cumprir o seu papel.

Nesse sentido, as políticas construídas ao longo dos anos pelo movimento de saúde, como por exemplo, o NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família - esbarram na adoção do governos federais, estaduais em saúde da “cesta básica” da saúde, da “saúde pobre para pobre” ou o pacote restrito de medidas de saúde pública e de intervenções clínicas essenciais do Banco Mundial. Da mesma forma os CAPS e a rede de saúde mental. Na prática, os programas de promoção e principalmente reabilitação em saúde, são postos de lado. Sem eles, aprofunda-se a medicalização do cuidado, mesmo na APS e nos programas supostamente construídos para seu fortalecimento.

O Programa Mais Médicos, em seu próprio nome, traz escancarado esse equívoco da política atual. Aponta para o

modelo assistencial da cesta básica do Banco Mundial tão adequado a política de cortes de custos e superávit primário. Conduz de forma equivocada a discussão da real falta de médicos e a elege como principal entrave para uma saúde de qualidade. Trata a APS como um nível técnico e administrativo de atenção à saúde ou de organização de seu trânsito pelo mesmo. Ignora seus princípios e valores que objetivam uma mudança profunda no serviço de saúde e tenha um papel importante na promoção do desenvolvimento social local/regional.

Financiamento

A falta de recursos, o chamado subfinanciamento, é o principal mecanismo que impede que os direitos sociais (além da saúde, transporte, educação, moradia, etc) não vire realidade. O Brasil gasta uma média de 3,5 a 4% do PIB com a saúde pública, sendo que a média dos países da OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico) é de 8,3%. Enquanto isso, em 2011, apenas a União gastou 17% do PIB ou 47% do orçamento da união com pagamento da dívida pública. O grande fracasso que resultou a regulamentação da EC-29, liderada pelo governo Dilma, manteve inalterado o financiamento em saúde, o que nos leva a crer que se manterá em queda percentual gasto pela União com o financiamento em saúde.

O financiamento da Atenção Primária deve ser entendido dentro desse contexto. O discurso de valorização da APS é contradito pela prática e esbarra na constatação que as despesas

com APS não acompanharam nos últimos 18 anos sequer a inflação

Por exemplo, o repasse do governo federal aos municípios para o sustento da Atenção Básica - PAB fixo - que atualmente varia entre R\$28,00 e R\$23,00 por habitante. Comparativamente a 1996 ano de seu cálculo de implantação por estudo da câmara técnica da CIT, foi engolido pela inflação. Em 2012, o reajuste pelo IGPM, já faria esse valor corresponder a R\$42,34. Os 15% do orçamento do Ministério da Saúde inicialmente e teoricamente garantidos pela constituição para repasse fixo aos Municípios foi derrotado com regulamentação da Emenda Constitucional 29. Hoje esse valor corresponderia a um repasse fixo per capto de R\$61,15. Com toda a estrutura da APS calcula-se uma deficiência de investimento do governo federal de 9 bilhões que faz com que os municípios gastem cada vez mais com saúdas e o governo federal cada vez menos.

Formação Profissional

Não houve sucesso nos anos pós-reforma sanitária de evoluir a formação para um patamar que prepare profissionais para atuar segundo os preceitos do SUS. O objetivo de formar profissionais com perfil mais generalista e voltado para atender as reais necessidades de saúde da população está ainda em um horizonte distante. Nossos cursos tem seu perfil definidos em sua maioria pela corporações profissionais, em sua grande maioria reproduzindo o modelo de saúde biomédico e fomentando um ideário profissional de trabalho liberal e privado.

O movimento em saúde não conseguiu penetrar de forma eficaz na estrutura universitária. Nas universidades públicas, a autonomia universitária que deveria ser entendida como uma proteção contra as ações conjunturais dos governos constituídos, a afasta de qualquer controle social e participação popular. Os colegiados hegemônicos por docentes, põe sobre esses e consequentemente sobre as categorias profissionais o poder de direcional o perfil de formação dos egressos. Apesar de novas diretrizes terem sido criadas e esforço de governo muito pouco se conseguiu alterar no perfil de egresso das profissões de saúde.

Nas universidades privadas, parcela maior em expansão, por sua estrutura e necessidade empresarial, é difícil imaginar qualquer forma de desvincular o perfil do egresso das pressões de mercado e do viés de seleção elitizado pelas altíssimas mensalidades.

Nas recentes mudanças curriculares, caiu-se no erro de buscar agregar conceitos oriundos do SUS a partir de novas disciplinas ou estágios de vivência sem disputar os principais locais de ensino do trabalho em saúde e de exposição e reprodução do modelo liberal-privatista e do modelo biológico-mecanicista de explicação do processo saúde doença. Particularizando a análise na formação médica, mas entendendo que a estrutura se repete com as devidas particularidades nas outras categorias profissionais, o Hospital e o corpo docente médico superespecializado permanece como principal fonte de aprendizado de semiologia, do raciocínio e condutas clínicas das estratégias prescritivas. Sua estrutura hierar-

quizada impede o desenvolvimento da habilidade de trabalhar em equipe, suas intervenções pontuais dificultam o entendimento radical da integridade do cuidado e a importância das estratégias não medicamentosas do cuidado, contribuindo ainda mais para a medicalização da vida.

Nesse sentido, transferir o centro da formação clínica e semiológica para Rede Atenção Primária em Saúde é uma estratégia fundamental e deve ser vista como prioridade nas políticas de formação profissional para o SUS. Esse discurso, mesmo que timidamente, está presente nas últimas políticas de governo, porém além de insuficiente, tem sido posto em prática em programas equivocados, que nem de perto serão capazes de cumprir esse objetivo.

Um dos maiores equívocos é tratar a APS como um local de cuidados baixa densidade tecnológica e pouca necessidade de formação, deixando para a reprodução de protocolos e cadernos direcionados da prática a garantia de qualidade do atendimento. Pelo contrário, a APS constitui um nível de assistência que utiliza tecnologia de baixa densidade, mas de elevada complexidade. Se não é necessário uma quantidade enorme de máquinas (tecnologia dura) para se alcançar uma qualidade e resolutividade de 80% dos problemas em saúde apresentados pela população, é fundamental que haja uma articulação eficiente e qualificada entre as tecnologias leve e leve-dura (raciocínio clínico, visitas domiciliares, Método Clínico Centrada na Pessoa, Prevenção Quaternária, Gestão da Clínica, multimorbidades e doenças crônicas, Grupos

Balint, Terapia Comunitária), sob o risco de a APS se tornar apenas um nível mais barato da medicalização dos problemas de saúde.

As atuais políticas de formação e provimento profissional do atual governo tem apontado para o caminho de uma rede mal qualificada. O PROVAB tem por princípio garantir a fixação de um médico recém-formado, por um período de um ano, que recebe como contrapartida uma remuneração em forma de bolsa e 10% da pontuação para as seleções para o programa de residência. Em sua maioria, são profissionais sem perfil para ocupar local tão importante da linha de cuidado, pouco interessado em construir um aprendizado sólido para atuação, atuando nas unidades de mais difícil fixação, seja por difícil acesso, seja por falta de estrutura para o trabalho. Ao invés da exposição ao trabalho que levaria ao convencimento e “humanização” importância da APS, o resultado mais comum é o desencantamento com o trabalho na APS, trabalho pouco qualificado e desistência do programa.

Nessa perspectiva, é mais fácil acreditar que o objetivo da política é unicamente garantir um volume maior de trabalho médico na Atenção Primária e não qualificar a formação em saúde. Haveria outras opções para se atingir objetivos, já defendida pelos movimentos sindicais dos profissionais e sociais em saúde. Melhor seria investir verdadeiramente nas Residências específicas para a APS, construir um plano de Carreira para todos os profissionais em saúde, que valorizasse o trabalho no interior, investir na qualificação da estrutural e dos profissionais da rede com políticas fortes de Educação Continuada e Permanente e de inserção precoce do es-

tudante em saúde, fazendo da APS um local privilegiado para a construção dos paradigmas da atuação profissional, além de regularizar o trabalho médico e a relação do SUS com o setor privado. Em dados de 2011 do CFM, há 4 vezes mais médicos no setor privado que no público, e entre 2002 e 2009 esta diferença cresceu. Se por um lado, essa distribuição desigual pode ser creditada aos vínculos precários, por outro, a total liberdade criação de postos de trabalho e falta de plano e controle sobre o número de especialistas deixa às demandas de mercado a regulamentação do setor.

Modelo de Gestão e vínculo Trabalhístico

Um outro grande empecilho ao desenvolvimento da APS são os vínculos trabalhísticos e modelos de gestão adotados. Cerca de 70% da força de trabalho do SUS trabalha sob contratos precários, sem garantia de recebimento de salários e direitos. A hegemonização da política de terceirização somada a lei de responsabilidade fiscal, faz com que sejam raras as contratações de profissionais vias concurso público. Na estratégia do Programa Mais Médicos o governo estabelece uma forma de contrato aviltante, temporário e precário. Exclui do trabalhador o direito a férias remunerada, 13º salário, FGTS, adicional de insalubridade e estabilidade. Obriga os bolsistas a pagar o INSS como contribuinte individual, sem que haja contribuição patronal. Em seu edital, estimula a contratação via EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) a despeito de sua contestação pelo Conselho Nacional de Saúde e em todas as universidades públicas federais do país.

É preciso destacar que enquanto o setor privado existir nesses moldes atuais de parasita do SUS e não for enfrentado de forma estrutural, seja com o fim do subfinanciamento do nosso sistema de saúde público, seja na disputa do perfil de formação dos trabalhadores da saúde, seja na regulação das especialidades e residências de acordo com as necessidades de saúde da população e não do mercado, seja na criação de estratégias de absorção desses profissionais pelo SUS público e não pela rede privada ou pública terceirizada, não haverá futuro para o SUS.

FORMAÇÃO EM SAÚDE

Thiago Cherem Morelli

Elaborado para o II Seminário Nacional do Setorial de Saúde do PSOL

O debate sobre a mudança na formação dos profissionais da saúde sempre esteve ligado a construção do modelo de atenção a saúde pautado pelo Movimento Popular. Com objetivos antagônicos, o projeto de exploração da doença também entendeu a importância da formação de recursos humanos para obter seus lucros com base no adoecimento das pessoas. Dessa forma, a Indústria da doença sempre financiou projetos que visavam a formação de profissionais que servissem ao seu modelo de assistência a saúde.

Um fato histórico importante para esse debate foi a publicação, em 1910 do “Relatório Flexner”, realizado a partir de uma pesquisa sobre o ensino da Medicina nos Estados Unidos e Canadá. O relatório foi produzido por Abraham Flexner, e contou com amplo financiamento da burguesia norte americana. Dentre os apontamentos para a formação médica, ele propunha que o ensino deveria ser feito sob um pensamento cartesiano, sendo o corpo humano considerado uma máquina que pode ser analisada através de suas peças; a doença é o mau funcionamento dos mecanismos biológicos; e o papel do médico é consertar um defeito no funcionamento dessa máquina. Da mesma forma, ele aprofunda a análise que a

assistência a saúde deveria ser centrada no profissional médico, num modelo de hierarquia, onde esse profissional ocupava o topo. O relatório propunha que o ensino além de médico centrado, deveria ser hospitalocêntrico, pautado nos aspectos biológicos, fragmentado, utilizando metodologia de ensino verticalizada, priorizando a utilização de medicamentos e equipamentos diagnósticos, com a divisão da formação entre o ciclo básico e clínico e ausência de interdisciplinaridade.

Assim, a partir desse relatório, o enfoque biologicista não é mais predominante apenas. Ele passa a ser único e com a concepção que a formação dos profissionais da saúde deve estar dissociada das preocupações sociais. Com a ditadura militar no Brasil, esse modelo de currículo foi amplamente aplicado nas faculdades nacionais. E mesmo com o processo de reformas curriculares nos cursos da saúde, apesar de alguns avanços terem sido conquistados, esse paradigma de formação e assistência saúde permanece hegemônico. Ou seja, continuamos com um Modelo Biomédico de currículo e de atenção à saúde.

A formação desses profissionais permanece distante do contato com as enfermidades que os indivíduos apresentam em sua vida cotidiana. Enquanto mais de dois terços das queixas dos pacientes envolvem enfermidades mais prevalentes e menos graves, que não chegam ao atendimento hospitalar, os estudantes da saúde têm contato com doenças graves e mais raras, durante seus estágios na graduação. A prevalência das doenças apresenta visão distorcida dentro dos hospitais universitários, com uma experiência

reduzida dos problemas comuns em saúde, estudados distantes da comunidade, onde o contexto social do paciente é praticamente ignorado. Os estudantes, assim, se concentram apenas nos aspectos biológicos das doenças, considerando o Hospital o ambiente ideal para a prática da medicina especializada e orientada pelo complexo médico industrial (hospitais, indústria farmacêutica, de exames complementares, altamente especializado).

Mesmo com essa visão reducionista do adoecimento enquanto uma anormalidade apenas biológica e com seu tratamento dirigido a isso, diversas lacunas nesse processo não ficaram estabelecidas. Por exemplo, embora a medicina contribuísse para a eliminação de certas doenças, muitos pacientes ainda não se sentiam saudáveis, ou, mesmo com um tratamento bem sucedido, aquilo não restabelecia necessariamente a saúde do paciente. Estudos epidemiológicos começaram a demonstrar que a influência da assistência médica foi muito pequena na diminuição das doenças infecciosas, e que este processo estava muito mais relacionado com a melhora da qualidade de vida da população, quando as principais doenças infecciosas declinaram muito antes da descoberta dos antibióticos ou vacinas.

Com essa concepção de saúde era impossível explicar, por exemplo, o aumento da incidência de câncer, diabetes, hipertensão, sem discorrer sobre as mudanças no padrão alimentar das pessoas, aumento do estresse, exploração da força de trabalho, poluição ambiental, agrotóxicos, sedentarismo... Da mesma forma, o profissional formado, buscando apenas a intervenção biológica no trata-

mento das doenças, sentia a impotência de exigir que seu paciente realizasse exercício físico diário, quando sua carga de trabalho diária era extenuante, por exemplo. O Modelo Biomédico apresenta para os estudantes um modelo totalmente insuficiente para a assistência de saúde da população, apesar dele tentar “esconder” essas contradições dentro dos muros dos hospitais, distante das comunidades. Trazia um conceito de saúde com o objetivo central de “consertar” o paciente, pra que ele voltasse ao ciclo de exploração em seu trabalho, não modificando as causas reais do seu adoecimento. O objetivo não era curar o paciente, mas permitir que minimamente ele se mantivesse apto a continuar no mercado de trabalho. Não se busca mais a cura, porque ela envolve modificações estruturais da sociedade e não permite os crescentes lucros do complexo médico industrial.

Diante disso, um antigo conceito de saúde, hegemônico em boa parte do século XIX, retorna ao debate: a Determinação Social do Processo Saúde Doença. Esse conceito foi a base do debate do Movimento pela Reforma Sanitária. A compreensão desse movimento era de que Saúde era muito mais do que ausência de doença, e que estava relacionada ao acesso a moradia, a terra, a alimentação de qualidade, a educação, emprego, lazer, acesso aos serviços de saúde... Que “saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (8ª Conferência Nacional de Saúde).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e da necessidade da formação de recursos humanos para atender a esse sistema, o questionamento da formação dos estudantes fica mais evidente, culminando com as reformas curriculares. Porém, a concepção hegemônica biomédica, mesmo questionada, permanece intocada. Pensar a formação dos profissionais da saúde dissociada do debate do Sistema de Saúde e do modelo de Sociedade, sem contemplar o conceito de Determinação Social do Processo Saúde Doença, só vai produzir reducionismos reformistas.

Na parte de formação interdisciplinar, as escolas de saúde não avançaram na construção de uma verdadeira equipe multiprofissional. Os profissionais da saúde continuam exercendo, em sua maioria, práticas isoladas e fragmentadas, reflexo da falta de integração durante a formação.

Não existe hoje política pública efetiva para a transformação das faculdades dos cursos da área da saúde. Muito pelo contrário. O avanço das privatizações ameaçam ainda mais a formação dos profissionais da saúde. Ele está se dando sob diversas formas, a partir dos modelos privatistas de gestão como Organizações Sociais, Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e sob qualquer tipo de parceria público privada. Essas instituições têm como objetivo central a obtenção de lucro e não apresentam nenhum compromisso com a formação dos estudantes referenciada nas necessidades do povo. Promovem um doutrinamento de saúde enquanto mercadoria e aprofundam a formação biomédica.

Outras políticas, como o programa Mais Médicos, além de precarizar as relações de trabalho dos profissionais da Atenção Básica e novamente colocar o Médico como centro de assistência, ainda traz a expansão absurda de vagas em faculdades de Medicina privada. E não podemos também desvincular esse debate com as políticas voltadas para a educação como um todo. Nesse sentido, o processo de precarização das universidades públicas através do REUNI (Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais) tem sido um elemento que tem prejudicado muito a qualidade da formação desses profissionais. O resultado pode ser observado na greve das instituições de ensino superior públicas no ano de 2013 no país. Programas como ProUni e FIES, que estão inseridos nessa política de sucateamento do ensino superior público, têm servido para financiar o sistema privado de ensino.

A partir dessa análise de como está estruturada e organizada a formação em saúde no Brasil, apresentamos alguns apontamentos:

Atenção Básica enquanto principal cenário de formação

É necessário o rompimento do processo de formação que tem como centro o modelo hospitalar. Nesse sentido os estudantes devem estar inseridos na Atenção Básica, enquanto um cenário privilegiado para compreender a Determinação Social do Processo Saúde Doença e estimular o trabalho multiprofissional. A inserção desses estudantes deve acontecer desde o início do curso, e eles devem receber supervisão adequada, assistência estudantil, ter

uma estrutura que permita o atendimento adequado para a população e que possibilite de forma satisfatória do ponto de vista pedagógico. Devem também conhecer verdadeiramente a realidade daquela comunidade, através de visitas domiciliares, participação e intervenção nos conselhos comunitários e conselhos locais de saúde. A compreensão é que o ensino e a prática hospitalares criam um “muro”, que dificulta a visualização das diferenças de classe e suas conseqüentes contradições relativas à saúde e doença. No ambiente hospitalar, os pacientes apresentam patologias graves, com risco de vida, o que passa a impressão de que a intervenção biológica, com medicamentos e exames, seja suficiente. O ensino dentro de um Hospital Terciário, distante da realidade social da população, esconde a relação do modelo de sociedade com o processo de adoecimento dos indivíduos. O ensino extrahospitalar deve ser uma experiência sólida, prolongada e iniciada desde o início do curso. Deve ser a base do currículo para possibilitar o aprendizado do paciente enquanto indivíduo inserido em uma sociedade.

Compreensão da Determinação Social do Processo Saúde Doença

O estudante de um curso da saúde deve considerar a determinação social do processo saúde doença para além do diagnóstico. Deve utilizar esse conceito para executar ações que incidam sobre o processo de adoecimento das pessoas. Assim, esse profissional deve apontar ao paciente o caminho para a construção de uma sociedade mais saudável e menos desigual do ponto de vista material. Precisamos de uma formação que leve o profissional

da saúde a abandonar sua posição histórica de curador-preventivista ou de “ser neutro” e passar a ter uma postura crítica e de liderança, coordenando transformações sociais (CAPELLO).

Privatizações

Apontamos também a necessidade de se interromper qualquer forma privatização da saúde, pensando não só nos impactos que esse modelo apresenta para a formação dos profissionais da saúde, mas também seus efeitos para a assistência a saúde do povo.

Investimento público na Universidade Pública

O financiamento e abertura de vagas no ensino superior deve ser exclusivo para as Universidade Públicas. Para alcançarmos esse modelos de formação que desejamos, o poder público deve incidir sobre políticas de financiamento, estruturação e aprimoramento da formação dos profissionais da saúde. Essas políticas devem ser pautadas a partir de amplo debate com a comunidade universitária e com trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Seminários que debatam formação em saúde e propostas de transformação curricular devem ser estimulados e financiados pelo poder público. A abertura de vagas em concursos de professores e técnicos administrativos nas Universidades deve ser feita a partir da análise das demandas da população. A construção da base curricular das faculdades dos cursos da saúde deve seguir a mesma lógica. A regulação dos programas de residência médica, multiprofissional e de outros programas de pós graduação deve ficar a cargo do

Estado, e a abertura de vagas deve obedecer as necessidades da população para estes profissionais e não das entidades corporativas das categorias.

Um profissional da Saúde que consiga transformar a realidade do povo

Os estudantes da saúde precisam estar inseridos em espaços de real transformação, como os Fóruns Populares de Saúde. Além de visualizar a relação do modelo de Sociedade com a forma como as pessoas adoecem, o profissional da saúde que queremos formar deve intervir, construir vínculos duradouros, demonstrar essa relação para os seus pacientes e mobilizar esse indivíduo para promover mudanças sociais. Não se pretende dar à formação um papel de poder que modifique a estrutura econômica da sociedade, mas entender a contribuição que ela tem no processo de transformação desta realidade.

CONTROLE SOCIAL: BUROCRATIZAÇÃO X LUTA PELO EMPODERAMENTO POPULAR

Cristiane Alves Tiburcio

Quando pensamos em Controle Social, muitos de nós pensamos logo em “Conferências de Saúde”; “Conselhos de Saúde”, “Participação Popular” etc. Mas as conferências nem sempre tiveram participação da população, nem da classe trabalhadora e nem tiveram papel de discutir saúde como direito ou a gestão da saúde. O que vem a ser, de verdade, Controle Social?

Início a discussão com o resgate histórico das Conferências Nacionais de Saúde.

A 1a. Conferência foi convocada por Getúlio Vargas, de 10 a 15 de novembro de 1941 com a participação de gestores dos três níveis de governo, cujo tema era: Situação sanitária e assistencial dos estados. Ou seja, foi convocada uma conferência com intuito de mapear a situação sanitária do país, sobretudo a questão da tuberculose - já endêmica no Brasil. E apontava a necessidade de se realizar conferências anual ou bianualmente.

Porém não foi isso que aconteceu; a 2a. Conferência foi realizada em 1950 e a seguinte, somente em 1963 - convocada por João Goulart (Jango) - que discutiu-se pela primeira vez a descentralização da área da saúde; Assistência Farmacêutica e Plano Nacional de Saúde - o embrião de uma discussão mais aprofundada sobre políticas públicas.

Mas durante a ditadura militar, as conferências voltaram a ter um caráter mais operacional - a 4a Conferência, real-

izada em 1967 (Discutiu-se sobre recursos humanos em saúde); as 5a. e 6a. Conferências discutiram sobre programas de saúde - no âmbito bem fragmentado, restringindo as ações à Saúde Materno-Infantil, Grandes Endemias e extensão à população rural.

A 7a. Conferência, em 1980, apontou como importante a “extensão das ações de saúde por meio de serviços básicos”; ou seja, foi o primeiro apontamento sobre a Atenção Básica, ainda que baseada em ações programáticas e fragmentadas e no sentido de “saúde para os pobres”; tentou-se basear no documento da Conferência de Alma-Ata, realizado em 1979, no Cazaquistão. No documento da Conferência em questão, praticamente não se falou sobre financiamento em saúde; justamente neste período havia um crescimento em larga escala dos planos de saúde (individuais, familiares e empresariais) e consultórios privados para atender os mais abastados e trabalhadores que possuíam carteira assinada; enquanto que boa parte da população sofria com a falta de assistência, como expressa um trecho da música MetrÓpole, da banda Legião Urbana:

*"Por gentileza, aguarde um momento.
Sem carteirinha não tem atendimento -
Carteira de trabalho assinada, sim senhor.
Olha o tumulto: façam fila por favor.
Todos com a documentação".*

Observamos que, desde a 1a. até a 7a. Conferência Nacional de Saúde, não houve menção à participação popular,

muito menos dos trabalhadores. Somente gestores do alto escalão dos governos municipais, estaduais e federal participavam destes espaços, acompanhados de discursos ufanistas do Presidente da República - principalmente durante o período ditatorial.

Em contraponto a esta forma de conduzir a saúde do Brasil, surgiu o movimento da Reforma Sanitária, formado no final da década de 1970 por movimentos sociais, trabalhadores da saúde e acadêmicos que, embalados pela redemocratização do país em 1985, foram os principais sujeitos da construção e participação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986.

Além de ser a primeira conferência aberta à sociedade, iniciou a discussão de saúde como direito e conquista social, ressaltando diretrizes importantes.

Segundo o relatório final do evento:

“Trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e ambiente de trabalho; a afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde; a reformulação das Ações Integradas de Saúde, de modo a possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada nas instâncias de coordenação da época (CIS, Cris e Cims); a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde composto por represen-

tantes de: ministérios da área social; governos estaduais e municipais; entidades civis de caráter nacional, a exemplo de partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares”.

Ao conselho seriam conferidas atribuições de orientação do desenvolvimento e de avaliação do Sistema Único de Saúde, incluindo a definição de políticas, orçamento e ações; a formação de conselhos de saúde nos níveis municipal, regional e estadual, cuja composição deveria incluir representantes eleitos pela comunidade e cuja atuação deveria abranger o planejamento, a execução e a fiscalização dos programas de saúde. Também se alerta para a garantia de eleição das direções das unidades de saúde pelos seus trabalhadores, bem como por sua comunidade usuária.

Ao promulgar a Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, o governo propõe onde estabelecer os Conselhos e Conferências de Saúde como instâncias propositivas e deliberativas, tendo garantida a participação dos três segmentos envolvidos (trabalhadores, usuários e gestores). Diante desse cenário, movimentos populares de saúde se mobilizaram para conquistar mais espaço nas decisões políticas e econômicas de seus bairros e, com isso, juntamente com os sindicatos e representações de classe, formam parte importante do controle social na saúde.

Porém, com o sucateamento dos equipamentos de saúde e o crescente repasse da gestão destes às Organizações Sociais de

Saúde (OSS), os espaços de controle social ficaram nas mãos de gestores, que “escolhem” seus representantes de usuários e trabalhadores; tornando-os inoperantes e estritamente burocráticos, mantendo a estrutura apenas para legitimar as decisões que vêm do Conselho Administrativo da OSS ou da Secretaria de Saúde (Municipal ou Estadual) e continuar recebendo repasses do governo federal. Por sua vez, o governo federal não abre a discussão sobre financiamento em saúde e estende a política privatista a todos os níveis de governo. As instâncias que deveriam ser de empoderamento deixam de cumprir seu papel. Por sua vez, as Conferências seguintes acabam reproduzindo este mesmo modelo.

Com isso, a população, juntamente com a classe trabalhadora vem redescobrendo formas de expressar sua indignação e a vontade de mudar a realidade do país, por meio da retomada dos movimentos populares de saúde; criação de Fóruns Populares de Saúde; construção de atos, passeatas, manifestações em seus bairros e avenidas centrais - em conjunto com demais movimentos sociais e enfrentam cotidianamente a criminalização, executada pelo governo dito “democrático”.

Diante do exposto, o Controle Social não deve se restringir às instâncias burocráticas, mas estas não devem ser entregues gratuitamente ao governo e aos empresários. Controle Social está no dia-a-dia, nas disputas por espaço nos Conselhos de Saúde, na conversa em sala de aula, com os vizinhos e seus familiares. Controle Social é a população e a classe trabalhadora na rua, lutando por uma saúde estatal, gratuita, de qualidade e acesso universal.

NA LUTA PELO DIREITO À SAÚDE INTEGRAL DA MULHER, A LUTA PELO ABORTO LEGAL E SEGURO É HOJE MAIS ATUAL DO QUE NUNCA!

A história das políticas de Saúde da Mulher no Brasil e no mundo é marcada pelo enfoque materno-infantil, passando da lógica reprodutivista ao controle de natalidade. A primeira é manifesta no Código Penal de 1940 que pune a autonomia das mulheres sobre a reprodução até o controle de natalidade das décadas de 1970 e 1980 cuja promessa em âmbito internacional era do combate à pobreza, o que difundiu métodos irreversíveis, como a laqueadura, praticados por entidades não governamentais, ao invés de políticas públicas de planejamento familiar. Resulta da negação da autonomia do corpo da mulher e do protagonismo da decisão sobre ter ou não filhos e quando, dados alarmantes de uma história de esterilização de mulheres pobres e negras, especialmente no norte e nordeste do país, e elevadas taxas de morbidade reprodutiva e de mortalidade materna com abortos inseguros.

Atualmente encontram-se entre os maiores desafios do país na concretização de uma política de saúde integral às mulheres nossas altas taxas de mortalidade materna, problema diretamente relacionado ao aborto ilegal e inseguro, além do processo de feminização da Aids/HIV e a violência contra a mulher, que é essencialmente uma violência doméstica que se agrava com a violência institucional dos serviços públicos que deveriam ampará-la. Essas grandes problemáticas se desafrontam com o recorte racial que é frequentemente negligenciado.

Na conjuntura atual, o que está na ordem do dia em termos de saúde da mulher é o programa de governo Rede Cegonha, que é um conjunto de ações sobre o pré-natal, parto, puerpério e os primeiros 30 dias de vida do recém-nascido. O planejamento reprodutivo é uma das diretrizes do Rede Cegonha, no entanto, é das menos lembradas e a mais fluida. O Rede Cegonha tem um mérito indiscutível sobre os impactos na humanização do parto e no acesso à saúde neste momento da vida de uma mulher, o que, vale lembrar, é uma reivindicação muito clara de nossa Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. É de grande destaque atualmente a denúncia da violência obstétrica e os investimentos milionários do Rede Cegonha para por em prática o que há décadas já foi preconizado pelo Ministério da Saúde: as boas práticas na assistência ao parto e nascimento orientadas pela OMS, baseadas em evidências científica e colocando em cheque uma série de rituais ainda presente do modelo biomédico e da “indústria da cesárea”.

A crítica que não podemos deixar de fazer nesta conjuntura é de que o direito à uma assistência humanizada no pré-natal, parto e nascimento não deve se opor ou servir para obscurecer o grave problema de saúde pública do aborto ilegal e inseguro. O aborto clandestino, motivado diante da ilegalidade da prática do aborto, além de ser de grande relevância na razão de mortalidade materna (RMM), é a principal causa de óbitos de mulheres que passam por um aborto. Estima-se que são realizados ao ano de 1 milhão a 4 milhões de abortos clandestinos no Brasil. Portanto, reduzir a mortalidade materna de nosso país de suas taxas de 54 óbitos para

cada 100 mil nascidos vivos para um valor aceitável de 6 a 20 óbitos torna o enfretamento do aborto inseguro decisivo. Ainda assim, este tema permanece intocável diante da investida conservadora da bancada parlamentar religiosa à qual se alia o atual governo.

O aborto inseguro tem uma forte associação com a morte de mulheres. Segundo dados formais da OMS, quase 70 mil mulheres morrem por ano em decorrência de aborto inseguro. Estas 70 mil mulheres não estão democraticamente distribuídas pelo mundo. 95% dos abortos praticados em condições inseguras acontecem em países em desenvolvimento e por “coincidência” a maioria deles têm leis restritivas em relação ao abortamento. Isso falando de mortes de mulheres. Se falarmos em danos permanentes, esse número aumenta significativamente. Por isso estamos falando de uma situação que tem toda a necessidade de ser tratada como saúde pública.

A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), realizada em 2010 pela Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero - mostra que, aos 40 anos, uma em cada cinco mulheres já fez ao menos um aborto. E que o perfil é o da mulher comum em idade reprodutiva. São mulheres de diversas classes sociais e religiões se arriscando, porque a clandestinidade oferece risco. As diferenças mais uma vez estão no fato de que, quanto mais pobre essa mulher, mais riscos ela corre por causa dos métodos aos quais tem acesso.

Há o recorte socioeconômico dessa modalidade de criminalização: a maior parte das mulheres que utiliza os serviços públicos de saúde é pobre, muitas das quais desempregadas ou com ocupações de baixa remuneração. Contudo, este não é necessariamente o perfil das mulheres que fazem aborto, mas sim o perfil das mulheres que são presas por terem feito aborto. Deste aspecto percebe-se uma grande diferença. O sistema captura apenas algumas mulheres, as que necessitam se submeter à saúde pública. Aquelas que encontram outras soluções privadas, não são atingidas. Um claro retrato do recorte socioeconômico."

O Uruguai, que legalizou o aborto em outubro de 2012, tem experimentado quedas vertiginosas tanto no número de mortes maternas quanto no número de abortos realizados. Segundo números apresentados pelo governo, entre dezembro de 2012 e maio de 2013, não foi registrada nenhuma morte materna por consequência de aborto e o número de interrupções de gravidez passou de 33 mil por ano para 4 mil. Isso porque o governo além de descriminalizar implementou políticas públicas de educação sexual e reprodutiva, planejamento familiar e uso de métodos anticoncepcionais, assim como serviços de atendimento integral de saúde sexual e reprodutiva.

E na luta pela descriminalização do aborto manifestamos abertamente, o nosso repúdio ao Projeto de Lei nº 478/2007 - Estatuto do Nascituro - de autoria dos deputados, à época, Luiz Bassuma (PT-BA, hoje no PV-BA) e Miguel Martini (PHS-MG), aprovado pela Comissão de Finanças e Tributação

da Câmara Federal. O projeto define que a vida humana começa na concepção, ou seja, no momento em que o óvulo é fecundado, passa a ser sujeito pleno de direito. Isso eliminaria a hipótese de aborto em qualquer caso, inclusive, nos previstos em lei: risco de morte para a mãe e gravidez resultante de crime de estupro. Segundo o PL, a mulher que sofrer um aborto espontâneo poderá ser alvo de investigação policial ou processada por violação do direito à vida do embrião. Portanto, a mulher que optar por não levar uma gravidez adiante será criminalizada, podendo ser presa caso se envolva numa situação de aborto. Se considerarmos que as mulheres de baixa renda têm maior dificuldade de acesso a serviços de planejamento reprodutivo e a métodos contraceptivos, serão elas as mais afetadas se o projeto for aprovado.

O Estatuto do Nascituro também propõe que as mulheres vítimas de estupro que não tenham condições financeiras para cuidar da futura criança recebam uma pensão do Estado até que o criminoso seja identificado e responsabilizado pelo pagamento. O projeto não faz qualquer menção à natureza do crime cometido e submete a mulher à outra situação de violência, que é levar uma gravidez indesejada até o final. O Estatuto do Nascituro trata a mulher como um detalhe, um receptáculo de esperma humano, colocando o Brasil como o país mais atrasado, conservador e limitado no mundo em direitos reprodutivos.

Sendo assim, o Encontro Nacional do setorial de Saúde do PSOL:

- Faz a defesa da Legalização do aborto, como questão da saúde pública, evitando a morte de mulheres pobres, principalmente negras, além da autonomia - direito ao próprio corpo.
- Se coloca contra o Estatuto do Nascituro, que vê a mulher como mero objeto de concepção.

UMA PROPOSTA PARA SAÚDE INDÍGENA

A história é marcada pela colonização e exploração da população indígena, diferente do que é contado nos livros escolares. As matas foram sendo esgotadas junto à fertilidade do solo, e as condições de subsistência inerente à sua cultura acabam por ser praticamente eliminadas, o que os levam a buscar formas de sobrevivência que supram suas necessidades. Como é o caso de boa parte desses povos, o trabalho em grandes empresas que se fundamenta principalmente no agronegócio num processo de total exploração da força de trabalho. Junto a esse processo, e já imersos na lógica do sistema capitalista, acabam por sofrerem claras alterações no seu modo de vida e até mesmo nas suas necessidades, o que não os faz deixar de serem indígenas. Tais transformações geradas por esse cruel processo de retirada de territórios refletem clara e conseqüentemente nos aspectos biopsicossociais e de saúde/doença desses povos.

Para a compreensão e real garantia de saúde à população indígena, é necessária a compreensão inicial de que estamos tratando de outra cultura, outro processo histórico e conseqüentemente outro modo de vida e, inclusive, outro desenvolvimento de aspectos psicológicos e identidade. A própria psicologia ainda não aparece com respostas ou subsídios suficientes pra tratar a população indígena no que diz respeito à sua saúde mental, por exemplo. Antes de qualquer coisa, para lidar com essa temática deve-se pensar o ponto fundamental que compõe a estrutura de vida social

desses povos hoje: a territorialidade. Só no Mato Grosso do Sul, os Guarani Kaiowá somam aproximadamente 50 mil pessoas divididas em 30 terras indígenas e em pouco mais de 30 acampamentos localizados na beira das estradas e nos fundos das fazendas. A terra que ocupam é absolutamente insuficiente para eles, já que hoje são pouco mais de 40 mil hectares. A retirada de territórios está intimamente ligada aos aspectos biológicos e de sobrevivência, como a moradia, os problemas de impossibilidade de plantio de alimentos, insegurança alimentar, o não acesso à água potável, a não escolha de morar ao lado de grandes indústrias que poluem constantemente o ar, os rios, o solo. Aos aspectos psicológicos e sociais e o seu desenvolvimento: a importância de se ter um espaço no qual essa população possa se reconhecer, a identidade cultural, a valorização do ser enquanto ser humano, enquanto ser que é cultural, é social, é histórico; o sofrimento causado por todo esse descaso e pela pobreza, (materializado muitas vezes no suicídio) já que a população indígena está praticamente toda resistindo no campo e nas periferias das cidades, a constante criminalização sofrida pela juventude indígena, a falta de perspectiva na demarcação de terras, de construção de escolas, de acesso à informações, de acesso à arte, cultura, conhecimento; além do atraso absurdo gerado pela burocracia, que dificulta por exemplo que as mulheres indígenas façam suas denúncias de agressão e violência. Além do descaso com a própria saúde dessas mulheres. São diferentes lugares do Brasil, com diferentes etnias, passando por problemas que são invisíveis aos olhos das políticas governamentais.

No Brasil, especificamente em Mato Grosso do Sul, os Guarani e Kaiowá são um dos povos que mais estão em vulnerabilidade no mundo e a cada ano tem se intensificado cada vez mais as violações e a falta de direitos. Os dados do Ministério da Saúde (DIASI/DSEI) apontam que 611 indígenas se suicidaram nos últimos 13 anos (2000 a 2012). Esses dados demonstram proporcionalmente um dos maiores índices de violação de direitos humanos do mundo. Os índices de assassinatos na área das reservas indígenas de Dourados é 495% maior que a média nacional.

Segundo os relatórios do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), estima-se que há aproximadamente 10 mil indígenas (de 70 mil existentes no estado) que trabalham nos canaviais cortando cana. Em uma única operação em Naviraí (MS), o Ministério Público do Trabalho libertou 285 indígenas em situação de trabalho análogo a escravidão nos canaviais do Grupo Infinity. Neste período (2006/2007), o mesmo período em que começa a implementação das usinas de álcool no estado (de zero, há 23 hoje em 2014), o número de assassinatos indígenas dobrou em relação ao ano anterior. De 2003 até o final de 2012, 317 indígenas foram assassinados, o que representa 56% dos assassinatos indígenas que ocorreram no país.

Os povos indígenas nunca foram prioridade em nenhum governo, e a assistência à sua saúde muito menos, tanto no que diz respeito à medicina preventiva quanto à curativa. Em se tratando de suas necessidades de consultas médicas, internações e compra

de medicamentos, a economia de recursos financeiros sempre fala mais alto junto aos órgãos de proteção e assistência às comunidades indígenas. Hoje os medicamentos são adquiridos de forma padronizada, de acordo com a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), não contemplando as prescrições médicas, sendo que os indígenas em sua maioria absoluta não são assalariados nem dispõem de renda para aquisição de tais medicamentos, voltando para suas aldeias sem os medicamentos prescritos, e, portanto sem condições de realizar o tratamento adequado à doença diagnosticada.

Dessa forma, o que se vê nas políticas governamentais para os povos indígenas é a negação de seus direitos, que inclusive, são constitucionais. No caso da saúde não é diferente, já que a saúde não é apenas ausência de doença, mas um estado de bem estar físico, mental e social. A maioria absoluta dos funcionários que hoje trabalham na Secretaria de Saúde Indígena – SESAI – e nos diversos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI – são contratados mediante seleção por empresas conveniadas. Suas condições de trabalho e relações trabalhistas são precarizadas, não pertencem ao RJU (Regime Jurídico Único), portanto não tem direitos garantidos e são vítimas fáceis do assédio moral, da perseguição política e da cooptação por parte de chefias imediatas e superiores. No caso das capitais dos Estados e nas cidades polos, as Casas de Assistência à Saúde Indígena – CASAI – são pouco mais que um depósito de pessoas, com improvisação de acomodações e pouca ou nenhuma comodidade, tão necessária ao bom restabelecimento da saúde física e mental do paciente. Além

da falta de treinamento e conseqüente desconhecimento mínimo da cultura desses povos por parte dos funcionários e especialistas, o que dificulta o processo e até mesmo o atrasa.

- PROPOMOS:

- A realização imediata do reconhecimento, demarcação e regularização de todas as terras indígenas existentes em território nacional;

- A realização imediata de concurso público para reposição da força de trabalho necessária ao atendimento integral à saúde dos povos indígenas, em todo o território nacional e um posterior treinamento;

- Formulação de políticas de saúde que atendam as necessidades específicas da população indígena, baseando-se no princípio de equidade do SUS.

- Implantação de Unidades Básicas de Saúde nas proximidades das aldeias, facilitando o acesso do indígena à assistência e colocando os profissionais em contato direto com a realidade;

- As Casas de Saúde Indígena já existentes devem ser reformadas e equipadas de forma a serem transformadas em verdadeiras Unidades de Saúde, o que ajuda a garantir que a terapia indicada dê os resultados esperados.

- Criação de CASAI nas cidades pólo que ainda não existem, para que os indígenas da região possam ter atendimento específico e de qualidade o mais próximo possível das aldeias.

- O Ministério da Saúde, através da SESAI deverá garantir assistência integral à saúde indígena, e para tanto tomará as providências necessárias para que todos os medicamentos receitados sejam adquiridos, em tempo hábil, para que o tratamento seja eficaz.

- Implantação de Pontos de Cultura financiados pelo Governo Federal, na busca por dar ferramentas para que os povos indígenas se auto organizem, inclusive no aspecto cultural e artístico. Projetos que viabilizem a produção de artesanatos e quaisquer outros elementos que alimentem sua cultura. Projetos que se preocupem com diferentes idades, como as crianças, a juventude e a população adulta e idosa.

- Os indígenas deverão ser consultados, no sentido de conhecer suas necessidades, seus projetos enfim, suas propostas para melhoria do atendimento à sua saúde como um todo, na perspectiva de que possam ter participação efetiva na formulação de políticas de saúde para suas comunidades.

II SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE DO PSOL – MOÇÕES APROVADAS

LEGALIZAR DA MACONHA E CESSAR A GUERRA AOS POBRES: QUESTÕES DE SAÚDE PÚBLICA.

O Setorial de Saúde do PSOL expressa publicamente a defesa da regulamentação da venda, produção e consumo para fins medicinais e recreativos da maconha no Brasil. A *canabis* convive com a humanidade há milênios, mas sua proibição data de poucas décadas, iniciada nos EUA como expressão do racismo e segregação aos trabalhadores mexicanos. No Brasil a maconha foi proibida, como o samba e o candomblé, por estar entre os costumes da população negra. A repressão foi reforçada pelo proibicionismo inaugurado pela "Guerra às drogas" criada por Nixon na década de 70. Hoje o proibicionismo é a doutrina que justifica a repressão militar à revolta popular. Enquanto isso, parcela expressiva dos usuários fazem uso recreativo, sem maiores danos a vida social e laboral.

Reforçamos o avanço expresso pelo Projeto de Lei número 7270/2014, do deputado Jean Willys, que entre outros, propoe a legalização da Cannabis por entendermos a responsabilidade sanitária em impedir a elevada mortalidade de jovens negros e pobres causada pela repressão. Os efeitos positivos da legalização já se percebem em Denver, Colorado, em que a taxa de assassinatos caiu 53% desde a legalização no começo do ano.

O uso problemático de drogas é uma importante questão de saúde pública. Os usuários das duas drogas mais comuns, o álcool (responsável por 95% das mortes relacionadas a drogas) e o tabaco tem políticas públicas de tratamento e acompanhamento garantidas pelo Sistema Único de Saúde. A proibição ainda traz enormes dificuldades para abordar, de forma eficaz e livre de moralismo, os malefícios causados em alguns usuários.

Por fim, a proibição do uso da maconha impede o acesso do povo brasileiro às diversas aplicações medicinais da planta, como no tratamento da esclerose múltipla, da epilepsia grave, enxaqueca, dos efeitos colaterais do tratamento do câncer ou de dores crônicas. Ela também pode ser usada para reduzir os danos de drogas mais perigosas, como o álcool ou o crack. Mais de 20 países no mundo já permitem que profissionais de saúde prescrevam a maconha e derivados para estas e outras aplicações.

A pressão popular contra conservadores levou estados dos EUA a regulamentar a maconha, mesmo contra a vontade da federação. Devemos aprender com experiências como esta e do Uruguai, que vêm colhendo frutos positivos da legalização, e avançar no sentido de criar políticas públicas a partir da legalização com incentivos às políticas voltada ao uso nocivo de drogas e à Reforma Agrária.

REPÚDIO À REPRESSÃO DA POLÍCIA CIVIL DO RIO DE JANEIRO CONTRA AS PROSTITUTAS DE NITERÓI

O Setorial de Saúde do PSOL, reunido para seu II Seminário Nacional em Niterói - RJ, presenciou a repressão brutal da Polícia Civil do RJ contra prostitutas que vivem em um prédio na região central. Os relatos que ouvimos foram terríveis: os policiais entraram no prédio sem mandato judicial, agrediram, violentaram sexualmente, roubaram bens e levaram presas, sem qualquer justificativa, mais de 200 cidadãs brasileiras, numa operação de guerra que demandou 4 ônibus.

Estas mulheres, que se prostituem de forma independente, sem agenciadores, lutam pelo direito de trabalhar de forma digna e sem exploração. Para piorar, essas mulheres foram expulsas das casas onde vivem.

O Setorial de Saúde repudia a agressão a estas trabalhadoras, entendendo a luta por sua dignidade, respeito a autonomia do seu corpo e pela garantia de direitos a sua atividade.

LUTAR NÃO É CRIME. MOÇÃO DE APOIO A RESIDENTE ELSA ROSO, DA ESP-RS.

O Setorial de Saúde do PSOL vem manifestar seu repúdio à Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul por suspender a assistente social e residente multiprofissional Elsa Roso. Ela recebeu suspensão de 30 dias por lutar junto aos trabalhadores por melhores condições de salário e formação em seu campo de atuação. Esta atitude autoritária e insensível da ESP levou inclusive a suspensão da bolsa da lutadora.

A Residência é um instrumento fundamental na formação de profissionais comprometidos com a saúde do povo brasileiro e com o SUS. Este formato tem sofrido com a degradação das condições de trabalho nos campos de estágio, com a falta de preceptores e de projetos pedagógicos emancipadores. Para piorar, o governo federal dá diversos sinais de que as residências não são prioridade no modelo de formação.

A postura da ESP é idêntica ao de patrões interessados em explorar ao máximo os trabalhadores para maximizar os lucros. Esta instituição, que no passado foi protagonista de experiências pioneiras na construção do SUS, tem uma postura que reflete os enormes retrocessos que ex-progressistas buscam infligir a lutadoras e lutadores. Neste sentido, estamos ao lado de quem luta pelo direito à saúde, pelo fim da exploração do trabalho e da emancipação de nosso povo. Elsa Roso, tua luta é a também nossa. Expressamos aqui toda nossa solidariedade a ti e ao Coletivo Gaúcho de Residentes em mais este combate em defesa da saúde do povo brasileiro. Nos juntamos ainda à luta pela revogação imediata da suspensão aplicada.

MOÇÃO DE REPÚDIO AO PREFEITO RODRIGO NEVES (PT) PELO ABANDONO À REDE DE SAÚDE MENTAL DA CIDADE DE NITERÓI

No início de seu governo Rodrigo Neves (PT) decretou Estado de Emergência na Saúde alegando necessárias mudanças urgentes para acabar com a crise da saúde na cidade. No entanto, naquele período e hoje, quase dois anos depois, a crise da saúde só se agravou na cidade. Um dos setores que mais sofre com o descaso e abandono do governo é a rede de saúde mental!

A rede de saúde mental, que tem quase 100% de seus profissionais trabalhando por RPA (Recibo de Pagamento Autônomo), de forma extremamente precarizada, com atrasos de salários, demissões frequentes de profissionais e até casos de falta de depósito dos descontos previdenciários dos trabalhadores, sofre também com a recorrente falta de insumos e medicamentos. Enquanto isso a Prefeitura tenta manipular os trabalhadores prometendo como solução para a questão trabalhista um Projeto de Lei para a criação de uma Fundação Pública de Direito Privado, que na verdade manterá a precarização e será certamente declarado inconstitucional. A estrutura dos CAPS e do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba também é cada vez mais precária com a falta de materiais básicos para o atendimento, bebedouros estragados e banheiros em péssimas condições.

O Ministério da Saúde vem recorrentemente fazendo repasses de 20 mil para investimentos em Residência Terapêutica. Só em 2012 foram 180 mil repassados para este serviço. Já em março de 2013 foram repassados 75 mil para incentivo de reabilitação psicossocial. Agora em 2014 o Governo vem anunciando um repasse de 9 milhões relativos ao Programa 'Crack, é possível vencer'. No entanto, esta verba não chega na rede de saúde mental e apesar dos inquéritos abertos no Ministério Público para investigar os possíveis desvios e a não aplicação dos recursos, a situação só piora a cada dia.

Neste sentido, o Setorial Nacional de Saúde do PSOL, em seu II Seminário Nacional, aprova a presente Moção de Repúdio ao Governo do Prefeito Rodrigo Neves (PT) e manifesta seu total apoio aos profissionais de saúde, aos usuários e defensores da rede de saúde mental na luta por condições dignas de trabalho e melhorias no atendimento e no tratamento dos pacientes.

ALIMENTAÇÃO DE QUALIDADE É SAÚDE. EM DEFESA DA AGRICULTURA FAMILIAR, DA REFORMA AGRÁRIA. CONTRA OS O LATIFÚNDIO, O AGRONEGÓCIO E OS AGROTÓXICOS.

Entre as principais causas de mortalidade no mundo, estão as doenças de origem cardiovascular e os cânceres, acompanhadas, logicamente, de um consumo elevado – e muitas das vezes questionável – de toda sorte de medicamentos, e associadas ao consumo crescente de alimentos industrializados hipercalóricos, refinados e ricos em aditivos químicos, além do constantemente elevado uso de agrotóxicos para o cultivo de alimentos de origem primária. No Brasil, temos ainda a produção de alimentos de origem transgênica, cujos efeitos sobre a saúde ainda não estão completamente elucidados, fora os já comprovados (e indesejáveis) impactos socioambientais.

Curiosamente, os mesmos conglomerados econômicos responsáveis pela produção de sementes transgênicas, de agrotóxicos e de alimentos industrializados, são também responsáveis pela produção de medicamentos.

O capitalismo nos obriga cada vez mais a levar um modo de vida adoecedor, que torna quase impossível fugir ao consumo de tais alimentos, além de, no Brasil, estar assentado sobre o agronegócio, que prioriza o latifúndio e a monocultura, o que dificulta a sobrevivência e independência financeira dos pequenos produtores rurais.

Apenas com o fim do modo de produção capitalista poderemos viver a plena segurança e soberania alimentar, com liberdade de escolher quando, como e quais alimentos queremos produzir e consumir. Portanto, defendemos:

- A valorização e incentivo à produção de alimentos em sistemas agroflorestais (SAF's) e permacultura;
- Fim do latifúndio pela reforma agrária
- Regulamentação da produção de alimentos industrializados
- Pelo fim dos agrotóxicos!
- Pelo fim da mercantilização da vida!

TODO APOIO À GREVE DOS SERVIDORES DO INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). NÃO À PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE.

O Setorial de Saúde do PSOL, reunido em seu II Seminário Nacional, vem manifestar total apoio à greve dos servidores do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Nos últimos tempos, o hospital, que possui enorme reconhecimento no Rio de Janeiro e no Brasil por mostrar que é possível sim oferecer serviços públicos com alta qualidade, tem sido alvo de seguidas investidas para a mudança de seu modelo de gestão. A proposta de transformar o INCA em uma Empresa Pública de Direito Privado sob a justificativa de a justificativa do hospital é deficiente é no fundo apenas mais uma das várias frentes de avanço do gerencialismo, da privatização e da precarização do trabalho sobre o SUS.

Sabemos ainda que o sucateamento dos serviços públicos de saúde e as péssimas condições de trabalho são um problema constante no SUS, que cinicamente são utilizados como argumentos para a privatização, quando na verdade o que falta é mais investimento público.

Por isso, o Setorial de Saúde do PSOL se coloca ao lado dos trabalhadores do INCA na defesa de uma Saúde 100% Pública, Gratuita e de Qualidade e na luta por salários e condições de trabalho dignos e pela valorização dos profissionais de saúde.

MOÇÃO DE REPÚDIO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. POR UM PARTO EM QUE AS MULHERES SEJAM PROTAGONISTAS. SER MÃE É UMA OPÇÃO.

A assistência em saúde no pré-parto, parto e pós-parto é um direito e deve ser um instrumento para o empoderamento da mulher no período gestacional e no ato de parir como natural, dotado de afeto e respeito.

O recente caso Adelir Carmem Lemos de Goes, na cidade de Torres-RS, é apenas um dentre muitos casos de violência obstétrica. Adelir foi impedida de concretizar seu plano de parto, retirada violentamente de sua casa por policiais e submetida, a revelia, à um parto cesariana por meio de uma decisão judicial arbitrária e patriarcal.

Repudiamos qualquer intervenção durante o parto que retire da mulher o direito ao seu corpo, desrespeitando, discriminando e violentando física e psicologicamente essas mulheres por meio de práticas centradas na técnica e saber médico, sem fundamentação científica, através do silenciamento da fala e dos desejos, episiotomia, mutilações, hormônios sintéticos para “apressar” o parto e liberar leitos hospitalares, proibições de alimentar-se e permanecer em posições objetificadas. Com a desculpa de salvar o bebê, as escolhas da mulher não são respeitadas, sendo realizados procedimentos sem explicações prévias e consentimento próprio.

Defendemos o fim da hegemonia médica obstétrica, maior empoderamento das mulheres para que escolham onde e como parir (em casa, nas casas de parto públicos e quando necessário nos hospitais públicos) com a assistência e retaguarda de saúde necessários e com quantos e quaisquer acompanhantes a mulher escolher.

Meu Corpo, minhas Regras. Somos Todas Adelir!