

RELATÓRIO DA II REUNIÃO DO FÓRUM DE COORDENADORES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E DA 6ª REUNIÃO GERAL DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, OCORRIDAS NO V CONGRESSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE – FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP 16 E 17 DE ABRIL DE 2011, EM SÃO PAULO.

Evento: II REUNIÃO DO FÓRUM DE COORDENADORES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Data: 16/04/2011 (manhã)

Local: Faculdade de Saúde Pública

Presentes:

Eduardo Mota (ISC/UFBA) – Colegiado Gestor

Roberto Medronho (IESC/UFRJ) – Colegiado Gestor

Ricardo Ceccim (UFRGS) – Colegiado Gestor

Bianca Borges (UFRJ) – Colegiado Gestor

Samuel Do Carmo Lima – Curso de Gestão em Saúde Ambiental (IG/UFU)

Haya Del Bel – Curso de Saúde Coletiva (ISC/UFMT)

Marcelo Castellanos – Curso de Graduação em Saúde Coletiva (ISC/UFBA)

Jacqueline Cintra – Curso de Graduação em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ)

Chester Galvão – Curso de Graduação em Saúde Pública (FSP/USP)

Luciana Dubeux – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP/PE)

A II Reunião do Fórum de Coordenadores iniciou-se com a sistematização da pauta de discussão para o dia:

- Relações da ABRASCO com o Curso de Graduação em S.C e possíveis sugestões do Fórum para modificação do estatuto da ABRASCO
- Habilidades e Competências pretendidas por cada curso
- Perfil dos docentes e discentes
- Roteiro, referenciais, diretrizes e eixos comuns aos cursos (discussão pontual sobre os diferentes nomes, cargas horárias, ênfases de terminalidade e titulações)
- Quais seriam os conteúdos fundamentais para a formação de um sanitarista e a melhor forma de implementá-los?

O grupo optou por, na parte da manhã, discutir os pontos referentes ao Mini-Congresso da Abrasco e, na parte da tarde, focar nas questões mais particulares do curso. Como propulsor do debate, na parte da manhã, foi utilizado o roteiro disponibilizado pela ABRASCO.

Roberto Medronho iniciou a discussão afirmando que há necessidade da ABRASCO acolher a Graduação em Saúde Coletiva (GSC) sem modificar seu caráter científico enquanto associação. Segundo ele, a Abrasco não deve ser uma entidade de representação profissional.

Eduardo Mota concordou com o que foi exposto pelo Prof. Roberto Medronho reforçando a idéia de que a discussão sobre associação profissional e conselhos devem ser feitas a parte. Ele lembrou que um Conselho é necessário para o exercício profissional, de acordo com a lei e as profissões sem conselhos filiam-se a outros conselhos. Eduardo Mota levantou, então, as seguintes questões: *“Será que podemos criar um conselho que seja diferente dos moldes atuais? Um conselho que não seja corporativista? Um conselho que seja realmente democrático?”*

Em relação à nomenclatura da associação, o Prof. Eduardo Mota lembrou que a Abrasco, assim como o Cebes – pilares da Reforma Sanitária – devem manter uma interação intensa com os serviços de saúde, sendo a inclusão da GSC mais um passo nesse sentido., . O Prof Medronho lembrou, então, que a interação e diálogo com o serviço está inclusive presente no estatuto da

Abrasco, principalmente em seus objetivos específicos (Capítulo II, artigo 4º).

A estudante Bianca Borges reforçou que os estudantes também vêm a Abrasco como associação científica que deve inserir os graduando em seu processo. Lembrou também que os estudantes e coordenadores são protagonistas no processo de reconhecimento profissional, contudo, afirmou que não se pode negar o papel estratégico que a Abrasco possui tendo em vista os locais políticos que essa entidade ocupa. Por fim, a estudante avisou que temas como reconhecimento e modalidades de representação profissional estão na pauta do I Encontro Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva que irá ocorrer entre os dias 20 a 24 de Abril no Rio de Janeiro.

O Prof Samuel também entende a ABRASCO como associação de representação científica e também acredita que a discussão sobre modalidades de representação profissional merece uma pauta específica.

O Prof Marcelo Castellanos afirmou que a ABRASCO não deve se limitar somente ao campo acadêmico, mas procura atuar a partir de posicionamentos políticos mais amplos em relação à formação e trabalho no campo da saúde, dentre outros, estreitando sua interação com o serviço. Ele também reconhece que a Abrasco não deve assumir uma posição de Conselho, mas lembra que deve e pode atuar de forma ativa como mediadora no processo de reconhecimento do curso e da profissão.

Em relação à temática de representação profissional, o Prof Roberto Medronho também acha que essa temática merece uma pauta específica de discussão e afirmou que das possibilidades de encaminhamento do reconhecimento da profissão o melhor seria através da aprovação de um projeto de lei apresentado no Congresso Nacional. Ele entende que o texto-base desse projeto pode ser escrito, inclusive, pelo próprio Fórum.

O prof. Ricardo Ceccim lembrou que o reconhecimento profissional pode acontecer de duas maneiras: através de um currículo consolidado (referencial de curso) ou através da profissão consolidada (projetos de lei, conselhos...).

O conjunto dos presentes lembrou da importância do Fórum em interagir com os demais grupos temáticos da ABRASCO a fim de potencializar suas ações, contudo sem perder sua independência.

Por fim, em relação a essa discussão sobre o Estatuto da Abrasco, o Fórum obteve os seguintes encaminhamentos que foram apresentados pelo Prof Roberto Medronho na manhã do dia 17/04 no Mini-Congresso da Abrasco:

- Entendemos a ABRASCO como sociedade científica e de educação que deve inserir no seu processo de entidade a graduação em Saúde Coletiva;
- A ABRASCO não deve assumir uma posição de conselho/associação profissional, mas deve atuar como mediadora no processo de reconhecimento do curso/profissão;

- Nome sugerido: Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- Reconhecimento das instituições de educação superior que compõem o Fórum de Coordenadores de Graduação em Saúde Coletiva como sócios institucionais.
- Reconhecimento dos graduandos em SC como sócios individuais
- Necessidade do Fórum de Coordenadores de Graduação em SC ser institucionalizado no site e no estatuto da ABRASCO, o que, por consequência, leva a formalização da graduação no interior da ABRASCO.
- Maior articulação do Fórum de Coord. De Graduação em SC com os demais GTs, fóruns e comissões da Abrasco.
- Necessidade de se haver maior transparência para os associados do balanço financeiro da Abrasco. (divulgação eletrônica)
- Estimular políticas atrativas de associação: aumentar o desconto das taxas de inscrição, pagamento parcelado da anuidade...
- Incentivar a criação encontros regionais e fortalecer nos locais que já existem.
- Tornar o processo de composição dos GTs e Fóruns transparentes onde os membros sejam associados individual e/ou institucionalmente.
- Transformação das revistas da Abrasco em revista eletrônica.

Evento: 6ª Reunião Geral dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva

Data: 16/04/2011 (tarde)

Local: Faculdade de Saúde Pública

Presentes:

Eduardo Mota (ISC/UFBA) – Colegiado Gestor

Roberto Medronho (IESC/UFRJ) – Colegiado Gestor

Ricardo Ceccim (UFRGS) – Colegiado Gestor

Bianca Borges (UFRJ) – Colegiado Gestor

Samuel Do Carmo Lima – Curso de Gestão em Saúde Ambiental (IG/UFU)

Haya Del Bel – Curso de Saúde Coletiva (ISC/UFMT)

Marcelo Castellanos – Curso de Graduação em Saúde Coletiva (ISC/UFBA)

Jacqueline Cintra – Curso de Graduação em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ)

Chester Galvão – Curso de Graduação em Saúde Pública (FSP/USP)

Luciana Dubeux – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP/PE)

Ilano Barreto (UFBA) Raquel Proença (UFRJ),

Na parte da tarde, a reunião foi iniciada com o repasse das últimas tarefas que ficaram pendentes da Primeira Reunião do Fórum:

- O Prof Roberto Medronho que ficou com a tarefa de contactar o CNS, iniciou o contato, porém, por conta de mudanças dos representantes do Conselho não conseguiu concluí-la.
- O Prof Eduardo Mota comprometeu-se a realizar uma reunião formal com o CONASS. Disse que o CONASS está acompanhando a discussão da graduação em SC, mas ainda não possui um posicionamento.
- O Prof Ricardo Ceccim conversou com o MEC e afirmou a importância do Fórum fechar o Referencial Teórico de curso que foi pensado em novembro de 2010. O Prof Ceccim explicou que o MEC não vê problema na existência das linhas de formação para abranger diferentes vocações entre os cursos, contudo o referencial de curso precisa mostrar um mínimo de unidade para que seja reconhecido como graduação e não como tecnólogo.

O GT de Educação da Abrasco deu um informe de que o projeto acerca dos cursos de graduação em SC irá continuar e haverá 3 oficinas visando contribuir para a implementação dos cursos, de forma que a coordenação do GT convida o Fórum a participar desses eventos.

Após os avisos, cada professor presente fez uma pequena apresentação sobre o seu curso:

- Coordenadora Haya (UFMT): O curso denomina-se graduação em saúde coletiva, há uma ênfase maior para a gestão e o planejamento em saúde. O curso é noturno com entrada de 80 alunos anualmente. Há estágio obrigatório e tentativas de inserir os estudantes precocemente nos serviços de saúde. Há professores com variadas formações de base (sociologia, história, medicina, enfermagem...)
- Coordenadora Jacqueline Cintra (UFRJ): O curso denomina-se graduação em SC. Não há

ênfase específica e o perfil generalista é formado através de atividades distribuídas nos seguintes eixos: epidemiologia e bioestatística; política, planejamento e gestão em saúde; bioética; ciências sociais e humanas em saúde; saúde ambiental e do trabalhador. Há uma disciplina teórico-prática entendida como carro chefe do currículo que pretende inserir os estudantes precocemente no sistema de saúde. Não há estágio obrigatório. Todos os professores são da área da saúde e também há técnicos administrativos com doutorado que lecionam.

- Coordenador Marcelo Castellanos (UFBA): o curso denomina-se graduação em saúde coletiva. O currículo é distribuído em 5 eixos horizontais. Possui atividades integradoras e seminários interdisciplinares. Há estágio obrigatório. O Instituto incentiva a participação dos estudantes em projetos de pesquisa.

Após a apresentação dos cursos presentes, iniciamos a discussão sobre a interação buscada entre a graduação e a pós-graduação (strito e lato sensu). Algumas questões foram colocadas principalmente em relação a como avançar. Como encaminhamento, foi apontada a necessidade de se buscar uma maior interação do Fórum de Graduação com o Fórum de Pós-Graduação.

Reafirmou-se o diferencial da GSC como uma formação que trabalha principalmente com saúde. Lembrou-se que a atuação do Sanitarista deve ocorrer tanto em espaços formais quanto 'informais' da saúde e que o mercado de trabalho para o graduando não se restringe ao espaço público mas conta também com o campo privado.

Houve consenso no grupo, ainda, sobre a necessidade de estimular a pesquisa científica dentro da graduação e a necessidade de incentivar a mobilidade acadêmica.

Ao final, ficou clara a importância do Fórum começar a comparar e analisar todos os projetos políticos pedagógicos, mapeando diferenças e semelhanças. Para essa tarefa foi montada uma pequena comissão, composta por: Bianca Borges, Ricardo Ceccim e Marcelo Castellanos. Além disso, afirmou-se a necessidade de que todos venham a analisar a proposta de Referencial de Curso, elaborada em novembro de 2010, no primeiro encontro do Fórum, por Ricardo Ceccim. Este ficou com a tarefa de enviar o documento para todos membros do Fórum.

Por fim, procedeu-se a leitura e discussão da “Agenda Estratégica da ABRASCO”, inserindo-se propostas de inserção da GSC em seu texto. (ANEXO I)

RESUMO DAS TAREFAS

- Eduardo Mota: contato CONASS e CONASEMS
- Ricardo: contato CNS e MS

- Discussão PPCs: Bianca, Marcelo e Ricardo
- Recuperar a relatoria do I Fórum de Coordenadores e V Reunião (BSB)
- Agenda
 - 12 e 13 de Maio: Encontro em Campinas com o Fórum de Coordenadores. (Medronho, Ricardo e Bianca)
 - 29 e 30 de Maio: Encontro em Porto Alegre com o Representante o MEC → Possibilidade de realizar nesse espaço o terceiro encontro do Fórum.
 - Fica pré-agendado para Novembro de 2011 nos dias 12 e 13 (Congresso de Epidemiologia da Abrasco) uma Reunião do Fórum de Coordenadores e Reunião Ampliada já com a seguinte pauta: Organização e estrutura do Fórum;
Resultados da análise dos PPCs

ANEXO I

UMA AGENDA ESTRATÉGICA PARA A SAÚDE NO BRASIL

Em 22 anos de SUS, foram muitos os avanços nas políticas de saúde. Esses avanços, contudo, não escondem as dificuldades que ameaçam a própria manutenção das conquistas. Ninguém desconhece que, nas condições atuais, há limitações importantes à efetivação dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O principal obstáculo a ser superado é político. Os sinais sobre a via de integração e proteção social ainda não são suficientemente claros. Ora acena-se em direção aos modelos universalizantes, ora no sentido da adoção de políticas de saúde focalizadas, para quem não tem cobertura de planos e seguros privados de saúde.

Hoje, as ambigüidades subjacentes às relações entre desenvolvimento econômico e social e a política de saúde impõem desafios renovados ao Brasil. O país vive uma nova conjuntura que fixa a perspectiva de mobilidade social conjugada à melhor distribuição da riqueza: taxas de crescimento econômico sustentadas, incremento dos empregos formais e uma elevada proporção da população economicamente ativa. Neste contexto, é imprescindível remover obstáculos estruturais à efetivação do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira.

Destacam-se, entre esses obstáculos, as estreitas e iníquas bases de financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde. Enquanto o investimento per capita do SUS foi de R\$ 449,93, em 2009, o sistema de assistência médica supletiva despendeu R\$ 1.512,00 por usuário. Esses valores são ainda mais contrastantes quando se leva em conta que cerca de 60% dos gastos públicos são destinados à assistência médico-hospitalar e os 40% restantes aplicados em ações essenciais de saúde pública para toda a população. Se, em termos de proporção do PIB, os gastos em saúde já alcançam cerca de 8,5% - e parece razoável, de acordo com as experiências dos países com melhores sistemas de proteção social, um aumento até 10% -, a proporção dos gastos públicos em saúde não ultrapassa 4% do PIB, o que é, segundo as mesmas experiências, extremamente pouco.

Em segundo lugar, vem a questão da relação público-privado na saúde. Está claro que a segmentação da atenção à saúde dos brasileiros avança celeremente: é grande o risco de consolidação de um apartheid no sistema de saúde, no qual os ricos e os remediados utilizam serviços privados, razoavelmente financiados, em parte com subsídios públicos, enquanto os pobres utilizam serviços públicos, nitidamente subfinanciados. É preciso cessar os fluxos que transferem recursos públicos para as redes de mercantilização e financeirização da saúde, atendendo aos interesses de empresas de planos e seguros privados e de fabricantes de insumos, notadamente grandes empresas estrangeiras. No que toca à regulação do setor privado, tem sido visível e preocupante a incapacidade do Estado – seja através da administração direta (Ministérios e Secretarias de Saúde), seja através da Agência Nacional de Saúde Suplementar – de assegurar que as operadoras e os prestadores de serviços atuem dentro dos limites do respeito ao interesse público.

Outra questão quanto à relação público-privada se refere aos benefícios fiscais e creditícios que detém o setor privado filantrópico ou de excelência, que aprofunda a segmentação dos serviços, resultando em discriminação e ineficiência. Grandes hospitais e centros clínicos e de apoio diagnóstico e terapêutico, inclusive públicos, adotam portas de entrada duplas, ao atender com padrões diferentes usuários do SUS e de planos privados, enfraquecendo a possibilidade de formação de redes integradas de serviços de saúde. É socialmente iníquo, sanitariamente ineficaz e economicamente insustentável oferecer saúde à população através de planos privados que organizam o acesso aos serviços de saúde com base na capacidade de pagamento e não na necessidade de cuidados.

Em terceiro lugar, o SUS deve assegurar aos trabalhadores da saúde condições adequadas ao exercício de suas atividades. Considerando que se trata de uma política de Estado, é inadmissível a falta de estabilidade do quadro de pessoal da saúde, o que compromete a continuidade dos programas de saúde e, sobretudo, a criação de vínculos duradouros entre as equipes de saúde e as comunidades às quais devem servir.

Em quarto lugar, há os problemas de gestão e organização do sistema e dos estabelecimentos de saúde, especialmente relacionados à pessoal, à compra de bens e serviços e à qualidade das ações de saúde. Neste aspecto, seguem abertos os debates e as experiências sobre organizações sociais ou fundações estatais, com relatos contraditórios acerca da sua efetividade, da qualidade do uso de recursos e da garantia do interesse público. Outra parte dos problemas de gestão se atém à incipiente profissionalização dos quadros gestores, problema relacionado ainda à política de pessoal e ao uso político-partidário dos cargos de direção e assessoramento. No que tange a formação profissional, vale ressaltar a relevância da criação da graduação em Saúde Coletiva e o reconhecimento da contribuição dos cursos existentes.

Em quinto lugar, o modelo de atenção à saúde do SUS, com predomínio de práticas individualistas, ostraalistas, biologicistas, curativistas e hospitalocêntricas, se contrapõe à efetivação do princípio da integralidade, mesmo com a ampliação da cobertura da atenção primária. A explicação das dificuldades de transformação das práticas de atenção reside, certamente, no padrão de relacionamento e atuação do complexo econômico-industrial da saúde, ou mais precisamente, nos interesses econômicos dos produtores e fornecedores de insumos – medicamentos e equipamentos médico hospitalares. Na sua atual configuração, o complexo econômico da saúde negligencia o investimento em tecnologias de promoção da saúde e prefere reproduzir e expandir a lógica de atendimento sintomático e curativo, baseado no consumo de procedimentos. E nesse sentido, a graduação em Saúde Coletiva mostra grande potencial para a composição de quadros profissionais, construção de saberes práticos e acumulação de evidências no cotidiano que se contraponham ao modelo hegemônico com impactos positivos sobre a saúde da população.

Ademais, a rede de serviços de saúde precisa ser ampliada desde uma perspectiva conceitual, orientada para a articulação com as demais redes sociais, valorizando as características sócio-demográficas, culturais e epidemiológicas da população ao mesmo tempo em que oferta serviços e ações de qualidade, com ambientação e infraestrutura funcional e atualizada.

A implantação acelerada de novas unidades de atenção primária de saúde, particularmente através da estratégia de saúde da família, é um requisito essencial para viabilizar a efetividade e a eficiência do SUS. Além da rede básica de saúde, o SUS precisa priorizar a ampliação e a qualificação de serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, tanto próprios, quanto contratados. Por último, mas não menos importante, a valorização negativa atribuída ao SUS desde os quadros dirigentes do país até as entidades de representação da sociedade civil reflete-se nas possibilidades de avanços da saúde. A inovadora estrutura de controle social – conferências e conselhos –, consagrada legalmente, não tem sido capaz de assegurar um debate substantivo sobre as políticas de saúde e os rumos do SUS. Ao contrário, questões corporativas e paroquiais têm dominado a pauta de discussões. Na melhor das hipóteses, certas questões centrais, como a do subfinanciamento, são discutidas, mas sempre em uma perspectiva conjuntural. Ainda em relação ao controle social, o papel da mídia precisa ser melhor discutido. Estas são as questões centrais a serem enfrentadas. As propostas de políticas de saúde não podem ser reduzidas ao seu escopo setorial, enfraquecendo a sua potência transformadora da realidade social.

O momento eleitoral deveria servir para o aprofundamento do debate sobre os rumos das políticas

de saúde junto ao conjunto da população. Infelizmente, predominaram as propostas pontuais, determinadas antes pelas estratégias de marketing eleitoral do que pela consistência técnica e política (de política como policy e não politics). Passadas as eleições, está nas mãos do novo governo a responsabilidade de apresentar proposições mais concretas de ações governamentais, mantendo sempre a postura democrática de diálogo com as entidades representativas da sociedade civil organizada, que, no setor da saúde, tem forte tradição participativa.

Dentro desta postura e buscando honrar esta tradição, a ABRASCO, o Cebes, a Rede Unida e Conasems tomam a iniciativa de apresentar à consideração da presidente eleita e de sua equipe de transição, propostas que visam a enfrentar os problemas de caráter estrutural, e não apenas conjuntural, do sistema de saúde brasileiro:

a) Financiamento da saúde: avançar, nos quatro anos de governo, até alcançar a aplicação de 10% do PIB no setor da saúde, sendo cerca 75% de recursos públicos. De imediato, buscar a aprovação no Congresso Nacional de lei que regulamente a EC-29 e assegure fontes estáveis e suficientes de financiamento, incluindo o fim da incidência da Desvinculação de Recursos da União sobre o orçamento da saúde;

b) Regulação do setor privado: garantir a capacidade de intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar, orientada pelo interesse público ao longo dos quatro anos de governo, para eliminar os subsídios públicos aos planos e seguros privados de saúde, incluindo aqueles do funcionalismo público, nas três esferas de governo. Além disso, nos futuros processos de contratualização, considerando valores justos de remuneração, os serviços filantrópicos, se desejarem continuar mantendo os benefícios e as renúncias fiscais a que têm direito, deverão realizar atendimento exclusivo ao SUS. Os serviços que não optarem pela vocação pública deverão buscar no mercado regulado da saúde suplementar a realização de seu capital;

c) Política de gestão do trabalho em saúde: valorizar o trabalho em saúde, eliminando a precarização, adotando parâmetros nacionais de cargos, carreiras e vencimentos para os trabalhadores da saúde e assegurando o co-financiamento das políticas de gestão do trabalho pelas três esferas de governo. É preciso preservar, expandir e organizar ações vigorosas de educação permanente em todos os âmbitos do sistema, desenvolvendo as parcerias e os dispositivos necessários.

Ademais, é fundamental intensa articulação entre as políticas de saúde, educação e ciência e tecnologia para suprir as necessidades estruturais de profissionais de saúde no SUS, aproximar o perfil e a distribuição das ofertas de formação, com ênfase nos âmbitos da graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva, bem como a produção de conhecimento em relação às necessidades de saúde da população e de organização dos serviços.

d) Modelos de gestão pública: fortalecer a capacidade gerencial do Ministério da Saúde e os processos de coordenação interfederativa, contemplando metas de elevação da qualidade e da efetividade das respostas das instituições de saúde. Ademais, avançar na implantação de modelos próprios para a gestão da saúde, que assegurem a efetividade e a qualidade dos serviços, preservando o seu caráter público e superando a lógica fragmentada e dispersa do planejamento e da tomada de decisão no SUS. Concretamente, é preciso (1) valorizar o critério de qualidade técnica, assim como o encurtamento de prazos nos processos licitatórios para contratação de serviços ou compra de bens, buscando relações de custoefetividade; e (2) adotar mecanismos de responsabilização de gestores, profissionais e técnicos quanto ao desempenho dos serviços de saúde. Está clara a necessidade de alterações na legislação referente à administração pública da saúde que garantam autonomia administrativa, orçamentária e financeira para os serviços e as redes regionalizadas de atenção à saúde e fortaleçam os mecanismos de coordenação;

e) Modelos de atenção à saúde: fortalecer e expandir as estratégias de promoção da integralidade e da universalidade da atenção à saúde por meio da configuração de redes de atenção organizadas regionalmente em consonância com a situação de saúde, assegurando o financiamento para intervir na gestão do cotidiano dos serviços e assegurar a qualificação e a flexibilização da oferta, de acordo com as diferentes realidades locais;

f) Desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde: buscar a articulação entre as políticas de saúde, de ciência e tecnologia e de indústria e comércio de modo a proporcionar ao SUS os insumos necessários ao enfrentamento dos problemas de saúde dos brasileiros. Um passo concreto pode ser dado com a adoção de incentivos financeiros, via acesso privilegiado às compras públicas ou via outros meios, à indústria nacional, especialmente aos seus setores mais inovadores, que priorizam a realização de investimentos em tecnologias que atendam as prioridades sanitárias;

g) Controle e participação social: valorizar os movimentos sociais, acatando as deliberações políticas dos fóruns legítimos de participação como as Conferências e Conselhos de Saúde. Priorizar a saúde na agenda do governo federal e apresentar à sociedade os seus principais dilemas buscando no debate organizado da XIV Conferência Nacional de Saúde os encaminhamentos e consensos democraticamente construídos. As estruturas de governo devem estabelecer estratégias de comunicação que levem as questões da saúde e seus encaminhamentos ao conjunto da sociedade, valorizando sua participação das soluções.

Ao apresentar estas propostas, as entidades do Movimento da Reforma Sanitária, abaixo-assinadas, se baseiam na noção de justiça social, ainda que buscando serem pragmáticas. Conscientes dos enormes desafios do país, em particular, no setor da saúde, nos propomos a realizar uma interlocução permanente com o governo federal buscando ampliar as fronteiras de democratização no Brasil para garantir não apenas os direitos civis e políticos, mas também os direitos sociais e ambientais a toda a população.