

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde

Relatórios Finais – XIII e XIV

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF
2008

© 2008 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Os originais dos relatórios aqui transcritos ou pesquisados, encontram-se nos arquivos do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 1.ª edição – 2008 – 30.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conselho Nacional de Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G

Edifício Anexo, ala B, 1.º andar, sala 103 a 128

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2150/3315-2151

Faxes: (61) 3315-2472/3315-2414

E-mail: cns@saude.gov.br

Home page: <http://conselho.saude.gov.br>

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Plenárias nacionais de conselhos de saúde: relatórios finais XIII e XIV / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

92 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 978-85-334-0907-1

1. Políticas de controle social. 2. Financiamento da saúde. 3. SUS (BR) I. Título. II. Série.

CDU 614.39

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0891

Títulos para indexação:

Em inglês: National Sessions of Health Councils - Final Reports - XII and XIV

Em espanhol: Plenarias Nacionales de Consejos de Salud - Informes Finales - XIII y XIV

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe Editorial:

Normalização: Elen Rocha

Revisão: Janaína Arruda e Laísa Tossin

Projeto gráfico e capa: Denis Ferreira

Diagramação: Alisson Albuquerque

Sumário

Apresentação	5
XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	7
Relatório Final.....	7
Regimento Interno Aprovado	8
Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.....	12
Desafios para o Controle Social	26
Debatendo o Modelo de Atenção, Brasil Pré SUS	37
Plenária Final	43
Moções	51
Carta aberta ao Controle Social e a Todas as Cidadãs e os Cidadãos Brasileiros.....	61
XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde ...	67
Relatório Final.....	67
Regimento Interno	69
Referências	89
Equipe Técnica	91

A realização das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde está se consolidando cada vez mais em espaços democráticos de mobilização e articulação entre os conselheiros de saúde visando a superação das dificuldades enfrentadas pelo Controle Social nos Estados e Municípios.

O Relatório da XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde traz uma síntese da Trajetória Histórica das Plenárias Nacionais, desde o I Congresso Nacional realizado na Bahia, em 1995 até a XI Plenária Nacional, dando ênfase às pautas e às principais Resoluções. Esta Plenária teve como destaque: Educação Permanente para o Controle Social; Desafios do Controle Social; A Gestão como Estratégica de Implementação do SUS – da Concepção à Prática e o Debate sobre o Modelo de Atenção do SUS.

A XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em abril de 2007, teve como pauta: O Controle Social no Pacto pela Saúde e a Terceirização de Gerência e Gestão do SUS. O Relatório aqui apresentado da Plenária busca alternativas para a efetivação do controle social nas três esferas de governo, apresentando as dificuldades enfrentadas pelos conselheiros e algumas alternativas que podem ser implementadas visando o seu fortalecimento. Há uma discussão muito intensa sobre as Terceirizações, tendo em vista os seus avanços na Gestão do SUS, que além dos problemas de gerência, autonomia, estabilidade, dentre outros, há a inexistência do controle social através dos Conselhos de Saúde, ou seja, há um retrocesso na participação da sociedade.

Estes Relatórios mostram um ponto de convergência entre as duas Plenárias: Financiamento do Sistema Único de Saúde, através do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 com sua devida regulamentação.

A sociedade precisa ter além do Fortalecimento da Gestão Pública do SUS e do Controle Social, o devido financiamento para que todas as ações sejam implementadas com a dignidade que o povo brasileiro merece.

Brasília-DF, 9 de outubro de 2008.

Francisco Batista Júnior

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

RELATÓRIO FINAL

Dia: 5/12/2005

09h50min – ABERTURA

Representando o Conselho Nacional de Saúde – Conselheiro Nacional Francisco Batista Júnior, falou da felicidade de estar acontecendo a XIII Plenária Nacional de Conselhos, avaliou que a Plenária Nacional teve quatro momentos fundamentais para o controle social no Brasil, sendo:

- primeiro momento no início da década de 90, quando a plenária impulsionou em todo o País a discussão da criação dos conselhos de saúde;
- após esse momento e ainda na década de 90, quando a mobilização determinada pela Plenária Nacional conseguiu a aprovação da EC nº 29;
- o terceiro momento foi, principalmente durante a administração do ex-Ministro José Serra, que desmobilizou, esvaziou o controle social e a ação da plenária de conselhos; e
- esse novo momento, em que acontece efetivamente a retomada da Plenária Nacional de Conselhos, com a participação de mais de 500 conselheiros de todos os estados do Brasil.

Representando a Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – Coordenador Suplente da Plenária Nacional de Conselhos pelo Maranhão, Acataiaçu dos Santos falou da necessidade dos conselheiros não falarem apenas por si mesmo, mas de efetivamente representar seus pares e seu seg-

mentos, que todos usuários, trabalhadores, gestores de saúde e prestadores de serviços são o controle social.

Aprovação do Regimento Interno

Apresentação: Salvador Ângelo Zambrano Penteadó – RS; Benedito Augusto de Oliveira – SP e Maria Elizabeth Cardoso Siqueira – PA

REGIMENTO INTERNO APROVADO

Capítulo I

Da Realização

Art. 1º- A XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde será realizada no período de 5 a 7 de dezembro de 2005, em Brasília – DF, com o eixo temático: Debatendo a função dos conselhos de saúde no contexto da conjuntura nacional – Um olhar para a realidade.

Capítulo II

Da Participação

Art. 2º- Participam da XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, os conselheiros que enviaram, em tempo hábil, seu pedido de inscrição ao Conselho Estadual de seu estado.

Parágrafo único: O número de participantes por Conselho será de dois ou quatro, obedecida a paridade, conforme a Resolução nº 333/03 do Conselho Nacional de Saúde.

Capítulo III

Do Credenciamento

Art. 3º- O Credenciamento iniciará às 9h do dia 5 de dezembro de 2005, estendendo-se até às 12h do dia 6 de dezembro de 2005.

Art. 4º- São Delegados à XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, os conselheiros inscritos até o dia 10 de novembro de 2005, conforme deliberação do Conselho Nacional de Saúde.

Capítulo IV

Do Temário e dos Debates

Art. 5º- A XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde terá como eixo temático: Debatendo a função dos conselhos de saúde no contexto da conjuntura nacional – Um olhar para a realidade.

Art. 6º- Após a exposição será aberto o debate, serão definidos três minutos para cada intervenção, será avisado pela mesa quando faltar um minuto para fazer as conclusões.

Art. 7º- Será facultado a qualquer participante, devidamente credenciado à XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, por ordem e mediante inscrição à mesa dos trabalhos, manifestar-se, verbalmente ou por escrito, durante os debates, por meio de perguntas e/ou observações pertinentes ao tema, obedecendo ao disposto no art. anterior.

Capítulo V

Dos Grupos de Trabalho

Art. 8º - Para efeito deste regimento, entende-se por grupo de trabalho as regiões geopolíticas, assim compreendidas e definidas: Regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

Parágrafo único: Cada grupo escolherá seu coordenador, cuja função será organizar as discussões e controlar o tempo.

Art. 9º - Cada grupo terá dois relatores, um escolhido pelo grupo e outro indicado pela comissão organizadora, cuja função será registrar as discussões, sintetizar as conclusões do grupo, devendo estes, fazerem parte da Comissão de Relatoria.

Art.10 - Os relatores do grupo deverão apresentar os seus relatórios até às 12h do dia 7 de dezembro de 2005, para providências.

Capítulo VI

Das Moções

Art. 11 - As moções deverão ser apresentadas à comissão organizadora até às 18h do dia 6 de dezembro de 2005, e deverão ser subscritas por, no mínimo, 10% dos delegados.

Capítulo VII

Da Plenária Final

Art. 12 - As propostas apresentadas por escrito, recebidas dos grupos pela mesa dos trabalhos e sistematizadas pela relatoria, serão apreciadas na plenária final, sendo facultado aos delegados destacar os itens apresentados.

§1º - Os propositores dos destaques terão três minutos para apresentarem e defenderem seus pontos de vista.

§2º - Serão abertas inscrições para defesa da proposta em questão, se o plenário achar necessário¹, inicialmente uma defesa a favor e outra contra.

§3º - A plenária é soberana para avaliar a necessidade de mais defesa, até o total esclarecimento do debate.

§4º - A palavra será deferida conforme a ordem de inscrição, não podendo o delegado exceder ao tempo de eventuais interrupções.

§5º - Em regime de votação não caberá questão de ordem.

Art. 13 - A aprovação das matérias se dará por maioria simples de votos dos delegados presentes em plenário, e as propostas não destacadas serão consideradas aprovadas.

Capítulo VIII

Das Disposições Finais

Art. 14 - O Plenário da XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde é soberano para aprovar o presente regimento.

Art. 15 - Assegura-se aos delegados o questionamento, pela ordem de encaminhamento à mesa, sempre que, a critério de qualquer dos presentes, não esteja sendo cumprido o regimento.

Art. 16 - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela comissão organizadora, ouvindo-se o plenário.

¹ Única alteração aprovada pelo plenário.

Resgate Histórico Da Plenária Nacional De Conselhos De Saúde

Apresentadoras: Eliane Cruz – Secretária Executiva do CNS

Maria Elizabeth Siqueira – CNPS/PA

Eliane Cruz fez um resgate da plenária que foi criada por deliberação do I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, realizado em Salvador – Bahia, no ano de 1995. Com o passar dos anos a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde tornou-se um movimento dos conselhos municipais, estaduais e nacional, nascido do compromisso e da necessidade de articulação entre os conselhos de saúde e pela capacitação para o fortalecimento da ação dos conselheiros.

A plenária contribuiu bastante para melhorar o intercâmbio entre os conselhos e os conselheiros de saúde de todo Brasil, com o Conselho Nacional de Saúde e a melhoria do relacionamento entre as três esferas do governo, no âmbito do controle social no Sistema Único de Saúde, daí ressaltando a importância do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, realizado em junho de 1998, em Brasília – DF, contando com a participação de aproximadamente dois mil conselheiros.

Vale salientar que até o ano de 1997 não havia uma coordenação e foi exatamente na IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, acontecida naquele ano, foi eleita a primeira coordenação provisória, sendo definido um representante por região, ficando a Região Nordeste pela sua dimensão, com dois representantes.

A Plenária Nacional de Conselhos de Saúde tem contribuído para o avanço do controle social no SUS, como também para a consolidação do sistema e ao longo de sua existência travou várias lutas em defesa da saúde pública.

Podemos citar a questão do financiamento do Sistema Único de Saúde como uma das bandeiras encampadas neste período, com grande mobilização pela aprovação da PEC nº 169, de autoria do Deputado Eduardo Jorge do PT/SP e do Deputado Waldir Pires do PT/BA, como também, contribuiu na elaboração da Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

No ano de 2004, quando da realização da XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde a coordenação adquiriu o atual formato, ou seja, um coordenador por estado, o que vem dando certo.

Atualmente, as principais mobilizações da Plenária continuam sendo na questão do financiamento do Sistema Único de Saúde, que é a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000, junto ao Congresso Nacional, bem como na questão do fortalecimento do Sistema Único de Saúde e do controle social.

Mesa – O Controle Social no contexto da Conjuntura Nacional da Saúde

Expositora: Solange Gonçalves Belchior – Conselho Nacional de Saúde

Coordenador: Íris da Conceição – CNPS/RJ

Secretário: José Anézio do Vale – CNPS/ES

Relatora: Magda Aparecida Gonçalves – CNPS/MA

PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE

Trajetória histórica

- 1995 – I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde
- 1996 – I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
- 1997 – II Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
 - III Plenária Interconselhos de Saúde
 - IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
- 1998 – V Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
 - II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde
 - VI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
- 1999 – VII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
 - VIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
- 2000 – IX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
- 2001 – X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
- 2002 – XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

Resumo das Plenárias Nacionais de Conselhos

Marco inicial da organização de Conselhos de Saúde em Plenárias de Conselhos de Saúde

I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, realizado em Salvador – Bahia de 24 a 25 de abril de 1995

Pauta do I Congresso:

- Papel dos conselhos de saúde;
- Organização dos conselhos de saúde;
- Formação de conselheiros;
- Articulação entre conselhos de saúde.

Principais Resoluções do I Congresso:

- Formação de conselheiros pelos conselhos estaduais de saúde e Conselho Nacional de Saúde;
- Construção da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; e
- Implantação do jornal dos conselhos de saúde.

I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em Brasília – DF 19 de novembro de 1996

Pauta da I Plenária:

- Destaques pendentes da 10ª Conferência Nacional de Saúde;
- Medida provisória que propõe a criação das organizações sociais;
- Constituição da Comissão Interconselhos Tripartite;
- Manifesto em defesa do SUS.

Principais Resoluções da I Plenária:

- Manifestação contrária à MP das organizações sociais;
- Aprovada a constituição da comissão interconselhos;
- Manifesto em defesa do SUS.

II Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em Brasília – DF 16 de abril de 1997

Pauta da II Plenária:

- Apoio à aprovação da PEC nº 169;
- Plano de metas do governo para a Saúde;
- Funcionamento da plenária de conselhos de saúde;
- Manifesto em defesa do SUS.

Resoluções sobre Funcionamento da Plenária de Conselhos de Saúde (propostas a serem debatidas nos conselhos para posterior deliberação)

- Local: sempre em Brasília ou rodízio por regiões;
- Periodicidade: trimestral, quadrimestral ou semestral;
- Critério de participação: quatro, seis ou oito conselheiros por conselhos, com financiamento pelos conselhos de origem;
- Coordenação da Plenária: CNS e um representante por região;
- Papel da Plenária: articular os conselhos de saúde, implementar as resoluções da Conferência Nacional de Saúde, defender o SUS, ampliar o controle social e desenvolver ações conjuntas que envolvem os conselhos.

Encaminhamentos:

- Manifesto da II Plenária de Conselhos de Saúde contra a reforma administrativa e da previdência; reafirmação da importância da aprovação da PEC nº 169. Quanto ao SUS, denuncia o esvaziamento do setor público em benefício do privado, manifesta-se contra a terceirização/privatizações, contra as organizações sociais, cooperativas e fundações.

III Plenária Interconselhos de Saúde – 19 e 20 de agosto 1997 – Brasília

Participantes: 240

Pauta:

- Mobilização Nacional pela aprovação da PEC nº 169;
- Relato dos estados;
- NOB/96;
- PEC nº 169;
- Funcionamento da Plenária Interconselhos de Saúde.

Encaminhamentos:

- Sobre funcionamento da Plenária, três estados trouxeram propostas (MG, MA e PE) – este tema foi adiado;
- Ato público no segundo dia da Plenária: manifestação pró-SUS pela aprovação da PEC nº 169/93; audiência com Ministro da Saúde, com entrega de abaixo assinado pela aprovação da PEC nº 169.

IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 2 e 3 de dezembro 1997 – Brasília

Pauta:

- Mobilização pela aprovação da PEC nº 169;
- Articulação do movimento em defesa do SUS;
- Convocação para o segundo Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde.

Resolução sobre funcionamento da Plenária:

- Criação da Coordenação Provisória da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde com o objetivo de organizar o Encontro Nacional de Conselheiros;

- Coordenação composta por: quatro representantes do CNS e um conselheiro eleito por região, exceto a Região Nordeste que contou com dois representantes.

Encaminhamento:

- Convocação do Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde;
- Luta pela aprovação da PEC nº 169/93;
- Audiências no Congresso Nacional no dia 3 de dezembro de 1997.

V Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 25 e 26 de março de 1998 – Brasília

Participantes: 19 estados com um total de 129 pessoas.

Pauta:

- Organização do Segundo Encontro Nacional de Conselheiros;
- Mobilização pela PEC nº 169 /Orçamento/Plano de Lutas.

II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde – 2 a 4 de junho de 1998 – Brasília

Pauta:

- Capítulo I – Saúde; Cidadania e Políticas Públicas;
- Capítulo II – Efetivando o Controle Social;
- Capítulo III – Comunicação entre os conselhos de saúde e a sociedade;
- Capítulo IV – Gestão, organização, financiamento e serviços de saúde com o Controle Social.

VI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 19 e 20 de novembro de 1998 – Brasília

Pauta:

- Planejamento das atividades para 1999;
- Estrutura e Organização das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde;

- Ato em defesa do SUS – apresentação da Carta Aberta em defesa da Saúde: contra cortes de recursos para a saúde.

Dia 19 de dezembro, período matutino, em frente à Câmara dos Deputados, e no período vespertino manifestação em frente ao Ministério da Saúde, que culminou em um abraço de 500 pessoas no referido ministério.

Nesta Plenária, foram discutidas a organização e a estrutura das plenárias, sendo definido os seguintes encaminhamentos:

Delegados da Plenária eleitos em seus conselhos de origem.

Periodicidade: semestral.

Coordenação: três do CNS, um titular e um suplente por regiões, exceto região Nordeste com dois titulares e dois suplentes.

Organização: Plenárias estaduais, precedendo as plenárias nacionais.

Encaminhamentos: Definição de coordenações estaduais; encontro de conselheiros a cada dois anos; boletim informativo bimestral, sendo os estados responsáveis pela reprodução.

VII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 18 e 19 de maio de 1999 – Brasília

Participantes: 24 estados e Distrito Federal 500 representantes.

Pauta:

- Luta pela PEC nº 169;
- Temas de conjuntura nacional e de saúde;
- Capacitação de conselheiros, comunicação; controle social e as competências dos conselheiros; comissões intergestoras e as secretarias de saúde;
- Eleição da Coordenação da Plenária Nacional.

VIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 9 e 10 de dezembro de 1999 – Brasília

Pauta:

- Conjuntura da saúde e financiamento do SUS;
- Avaliação do controle social nas regiões;

- 11ª Conferência Nacional de Saúde;
- Capacitação de conselheiros;
- Análise do controle social no País, com entrega de documentos ao Ministro da Saúde.

IX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 6 e 7 de junho de 2000 – Brasília

Participantes: 450

Pauta:

- Avaliação da VIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde;
- 11ª Conferência Nacional de Saúde;
- Manifestação a favor da PEC nº 86 – no Congresso Nacional.

X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 18, 19 e 20 de dezembro 2001 – Brasília.

Participantes: 26 estados – 755 delegados.

Pauta:

Controle social na gestão do SUS;

Atualização da resolução nº 33 do CNS;

Organização e funcionamento das plenárias;

Financiamento do SUS, conforme EC nº 29;

Deliberações: Quanto ao funcionamento e à organização das Plenárias: periodicidade – anual / extraordinárias a qualquer tempo.

Delegados eleitos paritariamente em seus conselhos de origem.

Coordenação com duração do mandato de dois anos – quatro CNS, dois titulares e dois suplentes por região, exceto Região do Nordeste – três titulares e três suplentes.

XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 1, 2 e 3 de dezembro 2002 – Brasília

Participantes: 26 estados e Distrito Federal mais de 800 participantes.

Pauta:

- Capacitação de conselheiros;
- NOB / RH – SUS;
- Orçamento e financiamento do SUS – EC nº 29.

As Plenárias de Conselhos ao longo de sua história vêm revendo e construindo seu papel.

Desde 1995 são concebidas enquanto instâncias de articulação entre os conselhos de saúde, que pretendem:

- contribuir no processo de implementação das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde;
- defender o SUS enquanto política de redistribuição de renda e não como política compensatória;
- ações conjuntas entre os conselhos de forma a ampliar o controle social numa perspectiva de participação crítica e propositiva.

O CNS nesse processo chamou para si as discussões das Plenárias Nacionais de Conselhos, resultando na deliberação 004/2001.

Na atualidade, agrega-se um novo momento de luta, com novas bandeiras, sendo considerado o financiamento com planejamento na perspectiva da integralidade, uma delas. Planejamento na perspectiva da integralidade da saúde, desde a atenção básica até o alto custo, com base em critérios epidemiológicos e sociais, na perspectiva das necessidades sociais e de saúde, e não na ótica do mercado.

D E S A F I O S

Principais encaminhamentos da reunião da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, com representantes dos estados, 12 e 13 de maio de 2003:

- repensar o papel político organizativo das Plenárias de Conselhos de Saúde, enquanto instância propositiva, pró-ativa;
- retomar o papel de articulação entre os conselhos desde os conselhos municipais;

- construir a Plenária enquanto movimento nacional, a partir da base – municipais – estaduais e regionais;

DIA 6/12/2005

***MESA-REDONDA: Educação Permanente no Controle Social –
Novos rumos***

Palestrante: Representante do GT de Formação Permanente para o Controle Social – Clóvis Bouffleur.

Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS

O objetivo da educação permanente para o controle social é dar visibilidade aos direitos e deveres da população em relação aos serviços de Saúde e ao controle social, informar sobre recursos aplicados em saúde, além de fortalecer a crítica construtiva e motivar os cidadãos sobre o exercício da cidadania e fiscalização das responsabilidades dos gestores e prestadores de serviços de saúde.

A linguagem deve ser adequada, com conteúdo de interesse para a sociedade local e o uso de meios modernos, como a internet, e populares – como o rádio e impressos, que possibilitam o amplo acesso à informação.

Visibilidade aos direitos e deveres da população

Isso é possível a partir da organização de reuniões e seminários, aproveitando os espaços existentes nas comunidades – unidades de saúde, escolas, igrejas, centros comunitários na áreas rural e urbana e nas comunidades indígenas e de quilombolas, com o objetivo de discutir a promoção da saúde e hábitos de vida saudável, a prevenção e o tratamento de doenças e informar aos cidadãos sobre os seus direitos e deveres em relação ao acesso à qualidade e ao acolhimento nos serviços de saúde.

Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS

Diretrizes abrangentes, para possibilitar tanto aos conselheiros como aos representantes da sociedade, participarem no processo de acompanhamento e de avaliação das ações e serviços de saúde.

Educação permanente

Processos formais de transmissão e construção de conhecimentos por meio de encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e o uso de metodologias de educação a distância, bem como os demais processos participativos e fóruns de debates – conferências de saúde, plenárias de conselhos de saúde, encontros de conselheiros, seminários, oficinas, entre outros.

A capacitação de conselheiros de saúde está incluída na proposta mais ampla de educação permanente para o controle social no SUS.

Assim, a educação permanente trata da aprendizagem que se processa no ritmo das diferenças sociais, culturais e religiosas dos sujeitos sociais. Considera-se as necessidades sentidas, as condições e as oportunidades dos sujeitos sociais de absorver e refletir sobre o conhecimento ao longo da vida, e isso requer um tempo adequado, que não acontece somente em um determinado momento.

O que significa dizer que todo e qualquer processo de formação para o controle social deve:

- priorizar os conselheiros de saúde e outros sujeitos sociais;
- considerar o mundo de significação – familiar, social e profissional – dos participantes, utilizando-se de recursos voltados à reflexão crítica do conhecimento, habilidades, atitudes, hábitos e convicções para que possam efetivamente exercer a sua cidadania.

Alterações sobre o documento voltadas para:

- garantia da capacitação de conselheiros de saúde;
- ampliação do processo da capacitação para educação permanente para o controle social no SUS;
- inclusão de outros sujeitos sociais no processo de educação permanente para o controle social no SUS;
- envolvimento de sujeitos sociais, de conselheiros de saúde ou ex-conselheiros que possuem experiência em educação popular e participação nos conselhos de saúde;
- ampliação da concepção do conceito de cidadania conforme previsto na Constituição Federal;
- ampliação do conceito e da prática da democracia.

Conselhos de saúde, instâncias colegiadas e deliberativas

Espaços participativos nos quais emergem uma nova cultura política, configurando-se como uma prática na qual se faz presente o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania.

Qualidade da ação do Conselho de Saúde

Relações que têm como contexto a representatividade, a qualificação e a capacidade de formulação de seus membros, a visibilidade de suas propostas, a transparência de sua atuação, a permeabilidade e a comunicação com a sociedade.

Desempenho dos conselhos de saúde

Está relacionado à maneira como seus integrantes se articulam com as bases sociais, como transformam os direitos e as necessidades de seus segmentos em demandas e projetos de interesse público e como participam da deliberação da política de saúde a ser adotada nas diferentes esferas de governo.

A construção de ações voltadas para o controle social deve ser de iniciativa de cada conselho de saúde, com a atualização de demandas de informações sobre questões apresentadas como temas da agenda política do SUS

É responsabilidade intransferível dos próprios conselhos de saúde a educação permanente para o controle social no SUS de seus conselheiros.

As iniciativas de educação permanente voltadas para os sujeitos sociais poderão ser desenvolvidas por instituições e entidades parceiras dos conselhos de saúde

Essas iniciativas precisam estar direcionadas para a socialização das informações, dos conhecimentos e para a efetividade do controle social, reiteradas nos textos da legislação vigente, no acúmulo de experiências políticas e em consonância com as diretrizes nacionais.

Objetivos da formação

1. Oportunizar condições de acesso às informações e aos conhecimentos sobre o SUS e o exercício da cidadania.

2. Discutir as diretrizes, as políticas e os princípios do SUS.
3. Fortalecer a atuação dos conselheiros de saúde e sujeitos sociais como articuladores da participação da sociedade no processo de implementação do SUS.
4. Propiciar a compreensão do espaço dos conselhos como *locus* de manifestação de interesses plurais freqüentemente conflitantes e negociáveis.
5. Desenvolver estratégias que promovam o intercâmbio de experiências.
6. Contribuir para a formação de uma consciência sanitária que considere a compreensão ampliada de saúde e contemple sua articulação intersetorial.
7. Contribuir para a estruturação e articulação de canais permanentes de informações sobre os instrumentos legais.
8. Contribuir para formação de formadores e de multiplicadores para o controle social.
9. Propiciar discussões referentes ao controle do público externo.
10. Aprofundar os debates das diretrizes nacionais de educação permanente do Conselho Nacional de Saúde junto aos conselhos de saúde.

Estratégias operacionais

1. Descentralizar, respeitando as especificidades e condições locais.
2. Atualizar constantemente.
3. Considerar a seleção, preparação do material e a identificação de sujeitos sociais que tenham condições de transmitir informações e possam atuar como facilitadores e incentivadores das discussões.
4. Níveis de atividade: geral, garantindo a representação de todos os segmentos, e específico, que poderá ser estruturado e oferecido de acordo com o interesse ou a necessidade dos segmentos.
5. Metodologias que busquem a construção coletiva de conhecimentos, baseada na experiência do grupo.
6. Material básico informativo (leis, resoluções, relatórios de conferências e plenárias, normas).

7. Conteúdos básicos devem ser objeto de deliberação dos conselhos de saúde.
8. Instrumentos de acompanhamento e avaliação.

Responsabilidades

Esferas governamentais – três esferas do governo:

1. Oferecer todas as condições necessárias para que ocorra o controle social, com o pleno funcionamento dos conselhos de saúde.
2. Promover o apoio à produção de materiais didáticos destinados às atividades de educação permanente para o controle social no SUS, ao desenvolvimento e à utilização de métodos, técnicas e fomento à pesquisa que contribuam para esse processo.

Ministério da Saúde

1. Incentivar e apoiar, inclusive nos aspectos financeiros e técnicos, as instâncias estaduais, municipais e do Distrito Federal para o processo de elaboração e execução da política de educação permanente para o controle social no SUS.
2. Manter disponível e atualizado o acervo de referências sobre saúde e oferecer material informativo básico e audiovisual.

Conselho Nacional de Saúde

1. Elaborar, em conjunto com o Ministério da Saúde, a política nacional e o plano de ação sobre o processo de educação permanente.
2. Manter disponível e atualizado, na sua sede, o acervo de referências sobre o controle social.
3. Instituir mecanismos de divulgação e troca de experiências:
 - espaço na página do Conselho Nacional de Saúde na internet;
 - espaço no Jornal do Conselho Nacional de Saúde;
 - relatos de experiências apresentados em diversos eventos nacionais de saúde;
 - apoio à realização de plenárias nacionais de conselhos de saúde;

- promoção de cursos, seminários e eventos;
 - divulgação de experiências exitosas sobre controle social;
 - aprovar os materiais didáticos.
4. Propor mecanismos de acompanhamento e avaliação de experiências de educação permanente.
 5. Acompanhar, monitorar e avaliar o processo de educação permanente, desenvolvidos no País.

Secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal

1. Viabilizar, no âmbito de sua esfera de governo, recursos financeiros, materiais e humanos para a execução das atividades e a realização e a participação de conselheiros de saúde em eventos sobre o controle social no SUS.

Conselhos de saúde estaduais, municipais de saúde e do Distrito Federal

1. Elaborar, em conjunto com a secretaria de saúde, a política de formação e o plano de ação, em sintonia com a política nacional.
2. Desenvolver o processo de educação, considerando as especificidades locais.
3. Estabelecer parcerias com instituições e entidades locais.
4. Promover, com instituições e entidades processos de comunicação, informação e troca de experiências.
5. Viabilizar a realização de eventos sobre o controle social no SUS.
6. Garantir a participação de conselheiros de saúde em eventos do controle social.

Destaca-se que os processos autônomos de educação permanente para o controle social do SUS e mobilização de representantes, por parte das entidades com participação no Conselho de Saúde, devem ser reconhecidos e incentivados.

Os conselhos de saúde devem escutar o que os trabalhadores estão sentindo

Ao ouvir, devem construir, com o órgão executor, uma política e plano de ação participativo, com alocação dos recursos, e controlar a execução com transparência e responsabilidade.

DESAFIOS PARA O CONTROLE SOCIAL

Além das leis e de outros documentos presentes na institucionalização do SUS, existem aspectos do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente do ponto de vista da organização da atenção e gestão, que precisam ser mais conhecidos e debatidos pelas instâncias de controle social, especialmente pelos conselhos de saúde.

Um dos aspectos desafiadores diz respeito à regulação do sistema por meio de normas pactuadas – a Norma Operacional Básica. As NOBs têm como principal objetivo estabelecer as regras práticas de como o SUS deve funcionar no País.

Outro aspecto é a relação dos conselhos de saúde com a organização dos gestores na esfera municipal e nas comissões Bipartites – representantes dos secretários municipais de saúde e o secretário estadual de saúde, e Tripartites – representantes dos secretários municipais e estaduais e os representantes do Ministério da Saúde.

Estas comissões têm como objetivo tomar decisões de gestão, negociar propostas e estabelecer acordos integrados e articulados sobre os programas do SUS, chamados de pactuações integradas – sobre Vigilância, Assistência, Atenção Básica e outros.

Somam-se a estes desafios a busca de estratégias de fortalecimento da participação das organizações da sociedade civil, a construção dos planos de Saúde, a regionalização, os planos de investimento, a organização da gestão, a agenda da saúde, os quadros de metas e relatórios de gestão.

Destacamos o desafio de definir recursos contínuos para a saúde no orçamento anual, com a garantia de cumprimento do que foi estabelecido na EC nº 29, como percentuais mínimos para serem aplicados nos serviços de saúde.

Finalmente, estamos diante do desafio de construir a Política Nacional de Educação e Fortalecimento do Controle Social no SUS, com ações que articulem formação permanente em saúde de conselheiros e dos sujeitos sociais.

Temas da Política Nacional

1. Participação das pessoas:

- no SUS;
- no controle social;

- nos conselhos de saúde;
 - nas conferências de saúde;
 - nas plenárias de conselhos;
 - nos fóruns da saúde.
2. Relacionamento do controle social com o Ministério Público e o Poder Legislativo.
 3. Capacitação permanente de conselheiros.
 4. Sistema de informações.
 5. Informação e comunicação.
 6. Pólo de educação.
 7. Legislação para o controle social.
 8. Financiamento.

Texto disponível no endereço <<http://conselho.saude.gov.br>>.

Pólo de Educação Permanente

Palestrante: Celia Regina Pierantoni – Diretora do Departamento de Educação na Saúde.

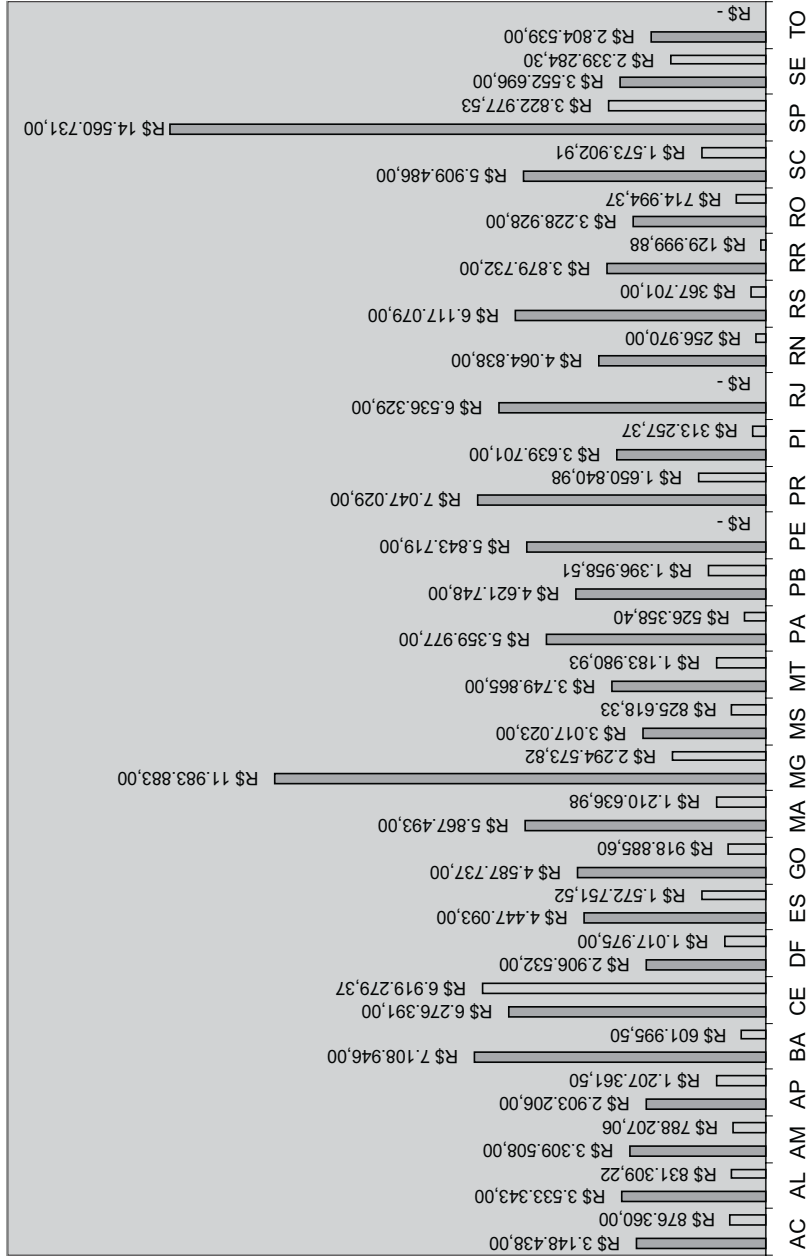
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:

1. Educação permanente: década de 70.
2. Paulo Freire: deslocamento dos educandos do papel passivo de aprendizes para os construtores de seu próprio processo educacional libertador.
3. Necessidade de que o processo educativo de espraie ao longo de toda a vida do trabalhador.
4. Avanços na criação de negociações locais entre gestores, acadêmias e usuários.
5. Circunstância para a superação da prática de propostas verticais de capacitação.
6. Construção local, de acordo com as necessidades epidemiológicas e sociais para formação e desenvolvimento permanente.

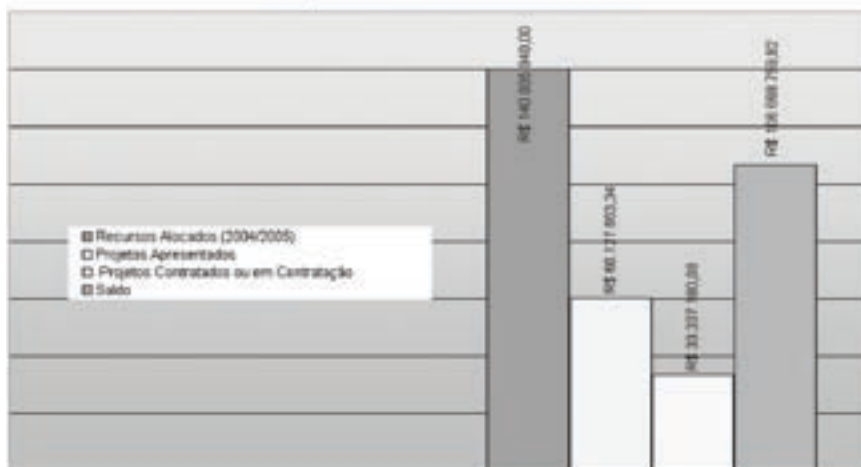
RELATÓRIO GERAL FIANÇEIRO DOS PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE - BRASIL

UF	Total de Alunos Acreditados	Total em Etapas de Graduação	Horas-aula Alunos (2004-2007)	Previdência Acreditada	Reservas Contábeis em Circulação	Saldo Total do Ativo	Saldo	Valor Total em Ativos e Passivos
AC	13	603	3.148.428,00	878.280,00	878.280,00	2.272.078,00	2.272.078,00	2.272.078,00
AL	26	1.430	2.932.242,00	1.127.726,04	931.200,42	3.032.932,16	3.032.932,16	3.032.932,16
AP	11	1.017	5.305.206,00	1.053.809,00	2.665.507,06	5.325.547,16	5.325.547,16	5.325.547,16
BA	8	1.770	2.003.200,00	1.207.261,00	1.207.261,00	1.005.939,00	1.005.939,00	1.005.939,00
CE	49	2.976	7.100.946,00	4.047.952,90	4.047.952,90	6.047.952,90	6.047.952,90	6.047.952,90
DF	41	3.743	6.296.361,00	3.638.866,38	6.318.576,50	1.635.196,12	6.443.866,38	6.443.866,38
ES	9	748	2.006.652,00	1.017.976,00	1.017.976,00	1.000.677,00	1.000.677,00	1.000.677,00
GO	39	4.918	4.417.062,00	1.574.751,52	1.574.751,52	3.074.341,00	3.074.341,00	3.074.341,00
MA	23	2.468	4.967.769,00	1.813.816,00	1.813.816,00	3.153.953,00	3.153.953,00	3.153.953,00
MG	6	1.170	6.067.469,00	1.210.636,90	1.210.636,90	4.656.832,10	4.656.832,10	4.656.832,10
MS	101	15.015	11.363.032,00	3.289.257,02	2.254.572,82	10.918.654,20	10.918.654,20	10.918.654,20
MT	39	1.687	3.017.625,00	1.695.694,33	1.695.694,33	2.161.190,67	2.161.190,67	2.161.190,67
PA	17	1.000	2.450.095,00	1.183.080,00	1.183.080,00	2.055.814,00	2.055.814,00	2.055.814,00
PB	83	2.015	4.038.000,00	1.825.000,00	1.825.000,00	3.145.000,00	3.145.000,00	3.145.000,00
PE	36	2.361	4.821.740,00	1.414.399,00	1.398.860,01	1.145.539,04	1.145.539,04	1.145.539,04
PI	0	2.617	6.843.740,00	2.516.926,03	1.620.840,00	4.813.102,07	4.813.102,07	4.813.102,07
PR	0	300	3.639.701,00	313.267,37	313.267,37	3.326.433,63	3.326.433,63	3.326.433,63
RR	0	0	6.536.529,00	0	0	6.536.529,00	6.536.529,00	6.536.529,00
RS	4	301	4.064.030,00	266.070,00	266.070,00	3.007.960,00	3.007.960,00	3.007.960,00
RO	9	804	6.117.079,00	640.171,00	307.701,00	6.076.308,00	6.076.308,00	6.076.308,00
RR	4	270	3.079.732,00	606.126,00	1.266.690,00	3.074.662,00	3.074.662,00	3.074.662,00
SC	11	905	3.220.920,00	1.064.954,37	714.954,37	2.413.973,63	2.413.973,63	2.413.973,63
SE	29	3.878	6.309.480,00	1.081.024,41	1.075.802,31	4.016.481,59	4.016.481,59	4.016.481,59
SP	120	9.272	14.000.791,00	6.096.001,64	3.622.037,63	7.064.064,01	10.737.263,47	10.737.263,47
TO	34	3.645	3.252.696,00	2.339.204,00	2.339.204,00	1.213.411,70	1.213.411,70	1.213.411,70
TO	7	1.064	2.004.698,00	849.600,00	849.600,00	1.655.098,00	1.655.098,00	1.655.098,00
TOTAL	763	64.807	148.083.940,00	60.127.660,34	33.237.180,88	79.878.276,46	106.668.259,92	106.668.259,92

RECURSO ALOCADO X RECURSO EXECUTADO



EXECUÇÃO FINANCEIRA DOS RECURSOS PÓLOS



Avaliação preliminar dos pólos de educação permanente

1. Dificuldades locais de articulação:
 - identificação de necessidades e planejamento das ações;
 - qualidade dos projetos apresentados;
 - desarticulação com o sistema de saúde.
2. Projetos “mais do mesmo”, capacitações específicas, não consonantes com os princípios da integralidade.
3. Alto índice de execução orçamentária extrateto.

Pólos de educação permanente na nova gestão

1. Apoio aos pólos que estão funcionando bem.
2. Agilização da tramitação dos projetos já pactuados.
3. Para discussão:
 - descentralização da análise, do monitoramento e acompanhamento dos projetos;
 - revisão da Portaria nº 198.

Desafios para a política de educação permanente

1. Renunciar à idéia de que capacitações verticais possam ser impostas a toda realidade nacional e continuar a pensar “quais” estratégias podem potencializar a ação das instâncias locais de articulação.
2. Conciliar as necessidades locoregionais com a gestão do conhecimento em nível nacional, o que se fará através da concomitância entre as articulações locais e as redes multicêntricas nacionais.

Portarias Interministeriais de 3 de novembro de 2005

Portaria Interministerial MS/ME nº 2.118, de 03 de novembro de 2005.

Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da Saúde.

Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005.

Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a residência multiprofissional em saúde e dá outras providências.

Portaria Interministerial nº 2.101 , de 3 de novembro de 2005.

Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia.

celia.pierantoni@saude.gov.br

A Gestão como Estratégia de Implementação do SUS – da concepção à prática

Palestrante: Ângelo D’Agostini Júnior – sociólogo

A gestão como estratégia de implementação do SUS – da concepção à prática

Origens do SUS

- Articulação de diversos segmentos da sociedade.

- 8ª Conferência Nacional de Saúde.
- Congresso constituinte.

Constituições

- 1881 – Não cita o termo saúde.
- 1934 – Saúde é regulamentada posteriormente pela união em conjunto com estados.
- 1937, 1946 e 1967 – Saúde é regulamentada posteriormente pela União e pelos estados de forma suplementar.
- 1988 – Redemocratização, constituição cidadã, saúde como um direito.

SUS – Princípios e diretrizes

- Universalidade.
- Integralidade.
- Equidade.
- Participação da comunidade (controle social).
- Descentralização com co-responsabilidades da União, estados e municípios.

Legislações do SUS

Nacional:

- Lei Orgânica nº 8.080/90;
- Lei Orgânica nº 8.142/90;
- NOBs;
- Planos e agendas de saúde.

Constituição 1988 – Serviço Público

Art. 37 – Princípios:

- Legalidade;
- Impessoalidade;

- Moralidade;
- Publicidade;
- Eficiência.

Mecanismos para garantir os princípios:

- Acesso público (concurso);
- Estabilidade;
- Licitação;
- Controle Social (Ministério Público, justiça, legislativo, ouvidorias, Código de Defesa do Consumidor, conselhos).

Tecnificação da Saúde

Citações do Texto Saúde e Democracia: O Resgate da Política da Professora Amélia Chon, para o VII Congresso Paulista de Saúde Pública, São Paulo, 2001.

Uma vez, esgotado o arcabouço prático-político da reforma sanitária brasileira coroada de êxito com a Carta Constitucional de 1988, que instituiu o SUS, verifica-se não só um declínio da produção de estudos e textos, abordando àquelas questões (política, saúde e democracia), com a correlata diminuição do *status* dos temas afins, como também um estreitamento do ângulo de análise com que são tratados.

Constata-se, então, um certo esvaziamento, por exemplo, no tratamento de temas como descentralização, reforma do Estado e políticas de saúde, ganhando ênfase no seu lugar temas como o do gerenciamento, regionalização, normatização, planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Não se trata aqui de, com isso, valorar uns em detrimento de outros, mas tão-somente de apontar as ênfases distintas com que a questão da política, saúde e democracia vêm sendo tratadas.

O que vem se verificando no setor é uma crescente tecnificação da política, isto é, a utilização de instrumentos técnicos como o fator determinante na definição das políticas (obviamente aí predominando as razões econômicas) em substituição da política propriamente dita. No entanto, enfrentar a questão da saúde como direito do cidadão e do consumidor exigiria exatamente o caminho inverso: trazer a sociedade para dentro do Estado, ao invés de distanciar-la por meio da mistificação da técnica. (CHON, 2001)

Sistema Único de Saúde

Caminhos e Descaminhos

Caminhos	Descaminhos
Gestão	
<ul style="list-style-type: none">▪ Responsabilidade do Estado que recorre ao setor privado somente quando a capacidade dos serviços públicos for insuficiente. Base legal: Constituições Federal e Estadual; Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142; Código Estadual de Saúde.	<ul style="list-style-type: none">▪ Utilização de terceirizações e Privatizações: o Estado entrega suas unidades para entidades privadas, que as gerenciam com materiais e recursos financeiros do próprio Estado com a lógica privada (fundações; consórcios; organizações sociais; centros de estudos; cooperativas).
Universalidade	
<ul style="list-style-type: none">▪ Atendimento a todos independentemente de idade, local de moradia, de ter carteira de trabalho ou de pagar impostos.	<ul style="list-style-type: none">▪ Separação de leitos para quem tem convênio privado (dupla-porta).▪ Atendimento apenas em determinada região.▪ Separação de vagas sem controle público.
Integralidade	
<ul style="list-style-type: none">▪ Atendimento em saúde desde os serviços preventivos até o curativo; desde uma consulta geral até a mais complexa cirurgia. Entende a Saúde como garantir qualidade de vida, inserida em diversas áreas.	<ul style="list-style-type: none">▪ Desativação de unidades básicas para implantar unidades que priorizam o atendimento médico.▪ Privilegiar atendimentos mais rentáveis.

continua

Equidade	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proibição de qualquer tipo de diferenciação entre as pessoas necessitadas de um mesmo tipo de atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantação da “cesta básica de saúde” para a população pobre. ▪ Disponibilização de parte de leitos hospitalares públicos para quem tem convênio privado.
Controle Social	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de conferências e conselhos de saúde (nacional, estaduais, municipais e locais) deliberativos e com participação de 50% de usuários; 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores e prestadores. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não prestação de contas para os conselhos de saúde. ▪ Decisão pelas direções de entidades privadas sobre realização de atendimento e utilização de recursos, sem a participação da sociedade e prestação de contas. ▪ Conselhos que não são paritários.
Descentralização	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestação de serviços prioritariamente pelos municípios, ou em parceria municípios e estados, facilitando a adequação dos serviços às necessidades epidemiológicas e sanitárias locais e o controle social. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recentralização de serviços e repasses financeiros a partir de programas determinados nacionalmente. ▪ Unidades regionais decidem distribuição de vagas sem avaliar com municípios.
Financiamento	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumprimento da EC nº 29/2000. Manutenção dos recursos da saúde em conta bancária própria (Fundo de Saúde) com licitações e acompanhamento dos conselhos de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recebimento de verbas pelas entidades privadas que não realizam licitações nem apresentam contas aos conselhos de saúde. ▪ Inclusão de itens que não são relativos à saúde nas verbas da saúde.

continua

Recursos Humanos	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contratação de trabalhadores públicos, por meio de concursos públicos e com garantia de estabilidade para impedir o clientelismo. Criação de planos de cargos, carreiras e salários. Processo permanente de negociação. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contratação e demissão de pessoal e pagamento de salários diferenciados com recursos públicos por entidades privadas. ▪ Salários diferenciados dentro do setor público. ▪ Pagamentos baseados em “produtividade numérica”.

As Organizações Sociais – A lógica privada

Relatório da Comissão de Acompanhamento das Organizações Sociais em São Paulo – 2003:

O volume de internações e atendimentos ambulatoriais foi superior ao mesmo período de 2002, observando-se redução nos atendimentos de urgência em hospitais com pronto-socorro do tipo referenciado e em SADT externo. Esta redução foi programada pela CCSS e teve como objetivo ajustar a oferta de serviços hospitalares à demanda regional, em atendimento a uma das premissas estratégicas deste tipo de contrato, qual seja a manutenção do equilíbrio financeiro dos hospitais gerenciados por OSS. (RELATÓRIO..., 2003, grifo nosso)

Denúncias

Jornal Folha de São Paulo – 19 de novembro de 2004

Irregularidades apresentadas pelo Tribunal de Contas:

- volume de endividamento;
- falta de controle para medicamento de alto custo;
- excesso de gastos administrativos;
- despesas questionáveis (viagens e hospedagens).

Jornal Diário de São Paulo – 23 de fevereiro de 2005.

Preços de um mesmo medicamento variam em até 64% entre as OS.

Conclusões

1. Garantir os princípios e diretrizes expressos na Constituição mesmo quando houver parcerias com o setor privado: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, controle social, concursos públicos, estabilidade, licitações, impessoalidade, publicidade.
2. Regulamentar a Emenda Constitucional nº 29/2000 (PLP 01/2003).
3. Instituir a Lei de Responsabilidade Sanitária.
4. Avançar no projeto de despreciação do trabalho em saúde.

Afinal, saúde é um direito de todos e um dever do Estado, mas é também um direito que se conquista através da participação cotidiana de cada um de nós.

O desafio está posto: construir um novo Estado a serviço do cidadão através de um eficiente controle social de cada um de nós.

Contatos:

Sindsaúde – SP

Tel.: (11) 3083-6100

(11)9686-4895

E-mail – angelodagostini@uol.com.br

Debatendo o Modelo de Atenção do SUS

Palestrantes: *Francisco Batista Júnior* – CNS/CNPS

Coordenador: *Manoel Pereira de Miranda* – CNPS/TO

DEBATENDO O MODELO DE ATENÇÃO BRASIL PRÉ-SUS

1 – Constituição de 1824

Art. 179. -

Inc. XXXI – A Constituição também garante os socorros públicos (situações de calamidade pública).

2 – Constituição de 1891 – Nenhum direito social garantido.

3 – Constituição de 1934

Art. - 121. - “A lei promoverá o amparo...”

§1º

h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante...

Art. 138. - “Incumbe à União, aos estados e aos municípios, ...”

f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação de doenças transmissíveis;

g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.

4 – Constituição de 1937

Art. - 16. - Compete privativamente à União...

XXVII – Normas fundamentais de defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança.

Art. 18. - “..., os estados podem legislar,...”

c) assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fonte medicinais;

e) medidas de polícia para a proteção das plantas e dos rebanhos contra as moléstias ou agentes nocivos.

5 – Constituição de 1946

Art. 5º - Compete à União:

XV – Legislar sobre:

b) normas gerais do direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime previdenciário;

Art. 157 - A legislação do trabalho e da previdência social obedecerão aos seguintes preceitos,...

XV – Assistência sanitária, hospitalar e MÉDICA PREVENTIVA .

6 – Constituição de 1967

Art. 8º - Compete à União:

XVII – Legislar sobre:

c) normas gerais de direito financeiro, de seguro e previdência social; de DEFESA E PROTEÇÃO DA SAÚDE; e de regime previdenciário;

Art. 9º - À União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios é vedado:

II – estabelecer cultos religiosos ou igrejas; subvencioná-los; embaraçar-lhes o exercício ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, RESSALVADA A COLABORAÇÃO AO INTERESSE PÚBLICO, NOTADAMENTE NOS SETORES EDUCACIONAL, ASSISTENCIAL E HOSPITALAR.

Art. 158 - A Constituição assegura AOS TRABALHADORES...

XV – assistência sanitária, hospitalar e MÉDICA PREVENTIVA.

7 – Constituição de 1969

Art. 8º - Compete à União:

XVII – Legislar sobre:

c) normas gerais... “DE DEFESA E PROTEÇÃO DA SAÚDE...”

Art. 9º - O mesmo da de 1967: “.. ressaltada a colaboração ao de interesse público...”

Art. 165. - A Constituição assegura AOS TRABALHADORES...

XV – assistência sanitária, HOSPITALAR E MÉDICA PREVENTIVA.

8 – Constituição de 1988

Art. 6º - São direitos sociais a educação, A SAÚDE, o trabalho...

Art. 24 - Compete à União, aos estados, e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

XII – previdência social, PROTEÇÃO E DEFESA DA SAÚDE;

Art. 194. - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Art. 196. - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais que visem à REDUÇÃO DO RISCO DE DOENÇA E DE OUTROS AGRAVOS E AO ACESSO UNIVERSAL E IGUALITÁRIO ÀS AÇÕES E AOS SERVIÇOS PARA SUA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO.

SUS BRASIL

1 – Estratégias

1.1 – Qualificar a Atenção Básica:

- atendimento humanizado e resolutivo;
- atuação em fatores e situações de risco;
- vinculação das equipes à comunidade, às famílias e aos territórios;
- trabalho em equipe.

1.2 – Integração com os demais níveis de atenção.

2 – Busca da Integralidade

2.1 – Abordagem do indivíduo e dos coletivos levando em conta o contexto familiar e social.

2.2 – Garantia da assistência em todos os níveis de atenção.

2.3 – Implantar práticas que contribuam para a construção do cuidado em saúde na perspectiva do autocuidado.

2.4 – Adoção da intersetorialidade para a implantação de ações de promoção e prevenção da saúde.

2.5 – Organização de serviços contemplando a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação.

3 – Municipalização/Descentralização (Prefeiturização)

Estabelecimentos públicos municipais variaram de 69% em 1992 para 92% em 1999.

4 – Estruturação da Rede Básica

Constituição de equipes profissionais.

5 - Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991)

Cobrem 23,0% da população brasileira (2003).

6 – Programa de Saúde da Família (1994)

Um total de 19.182 equipes cobrem 37,9% da população (2003).

7 – Equipes de Saúde Bucal

Um total de 6.367 equipes cobrem 20,9% da população (2003).

8 – Organização da Atenção

8.1 – Instituição de programas verticalizados.

8.2 – Lógica da oferta e compra/pagamento de serviços x necessidades da população.

8.3 – Aumento das desigualdades regionais.

8.4 – Dificuldades de acesso das populações mais vulneráveis.

9 – PSF – Estratégia x Modelo de Atenção

9.1 – Precarização.

9.2 – Desmonte da Rede Básica.

9.3 – Sem resolutividade: referência e contra referência.

10 – Rede Hospitalar como porta de entrada: 6.497(2000)

10.1 Públicos – 1.281 (35,1%) com 119.851 leitos (24,7%).

- municipais – 1.597 (24,6%) com 57.294 leitos (11,8%).
- estaduais – 640 (9,9%) com 53.047 leitos (10,9%).

- federais – 44 (0,7%) com 9.510 leitos (2,0%).
- 10.2 Universitários – 157 (2,4%) com 46.143 leitos (9,5%).
- 10.3 Privados – 4.216 (62,4%) com 320.929 leitos (65,9%).
- Contratados – 2.319 (35,7%) com 165.616 leitos (34,0%).
 - Filantrópicos – 1.737 (26,7%) com 155.313 leitos (31,9%).
 - Sindicato – 3 (0,09%) com 135 leitos (0,09%).

11 – Execução/empenho financeiro/orçamentário em outubro de 2005 (Cofin/CNS)

- 11.1 – Bolsa Alimentação (65,22%).
- 11.2 – Programa Sangue e Hemoderivados (47,91%).
- 11.3 – Programa de Reestruturação da Saúde da Família (48,48%).
- 11.4 – Programa Interiorização do Trabalho em Saúde (0,0%).
- 11.5 – Atenção Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem (25,55%).
- 11.6 – Atenção à Saúde Bucal (24,67%).
- 11.7 – Ações de Vigilância Epidemiológica (42,40%).
- 11.8 – Reaparelhamento Unidades do SUS/MS (30,13%).
- 11.9 – Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus/Funasa) (8,79%).
- 11.10 – Saneamento Básico (demais ações) – Funasa (45,29%).
- 11.11 – Adequação da Planta de Vacinas (31,73%).

12 – Cultura dominante

- 12.1 – Culto aos Exames de Média e de Alta Complexidade.
- 12.2 – Judicialização dos Medicamentos de Alto Custo.
- 12.3 – Programa de Transplantes/Privatização.
- 12.4 – Força de Trabalho Precarizada e Dividida.

12.5 – Terceirizações da Gestão Pública x Privatização, Precarização e Risco à Universalidade.

14h às 17h – PLENÁRIA POR REGIÃO

Coordenador: eleito no grupo.

Relatores: um eleito no grupo e um indicado pela comissão organizadora.

PLENÁRIA FINAL

Dia – 7/12/2005

Controle Social

Propostas

1. Que o Conselho Nacional de Saúde articule com o executivo e/ou legislativo para transformar a Resolução nº 333/03 em projeto de lei.
2. Que o Conselho Nacional de Saúde articule com o executivo e/ou legislativo a sua regulamentação, através de lei, DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO nº 333/2003 DO CNS.
3. Que o Conselho Nacional de Saúde garanta o funcionamento da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e sua coordenação.
4. Que o Conselho Nacional de Saúde retome, de forma urgente e ampla, a discussão do projeto de lei de responsabilidade sanitária com controle social, para encaminhá-la ao Congresso Nacional.
5. Que os conselhos de saúde implementem uma agenda de mobilização visando o fortalecimento do controle social, com ampla divulgação e com a garantia de custeio por parte das três esferas de governo para a participação dos conselheiros nos eventos.
6. Que os órgãos e instâncias competentes devem definir punições administrativas e penais AOS GESTORES QUE descumprirem a legislação fiscal e do SUS, bem como as resoluções dos conselhos de saúde e sua aplicação.
 - Suspensão imediata dos repasses de recursos aos estados e municípios que forem denunciados ao Ministério da Saúde.

7. Que os governos, municipais, estaduais e federal sejam responsabilizados judicialmente pelo não cumprimento dos pactos e legislação.
8. Que as pactuações das CIB'S e CIT sejam submetidas à deliberação dos conselhos de saúde.
9. Fortalecer os fóruns regionais do controle social.
10. Que o Conselho Nacional de Saúde desencadeie um processo nacional de revisão das leis dos conselhos de saúde, adequando-os à Resolução nº 333/03.
11. Que os conselhos sejam respeitados dentro do seu âmbito de atuação.
12. Que os conselhos de saúde mobilizem o executivo e/ou legislativo para garantir dotação orçamentária para seu funcionamento.
13. Que os governos estaduais garantam infra-estrutura necessária aos conselhos estaduais para que possam apoiar os conselhos municipais.
14. Que os conselhos de saúde elaborem projetos para serem financiados pelo MS.
15. Que o CNS acompanhe a organização das plenárias estaduais de saúde e garanta a participação de seus coordenadores nos eventos nacionais.
16. Os casos de assédio moral envolvendo os conselheiros de saúde devem ser encaminhados ao Ministério Público.
17. As coordenações estaduais das Plenárias devem realizar plenárias regionais.
18. Que se construa a nível nacional um amplo programa de capacitação de conselheiros.
19. Que se cumpra a lei de que o secretário de saúde seja o gestor do fundo municipal de saúde.
20. Que sejam punidos os gestores municipais que inviabilizam a participação dos conselheiros nos eventos de saúde.
21. Que os conselhos municipais realizem reuniões descentralizadas mais próximas da comunidade.

22. Capacitação permanente dos CMS e CES, de acordo com a Leis nº 8.080/nº 8.142, infra-estrutura para seu funcionamento e eliminação dos conselhos biônicos.
23. Rodízio na mesa diretora dos conselhos, seguindo a paridade das entidades representativas.
24. Cumprimento das deliberações das conferências municipais e estaduais.
25. Que seja utilizado o banco de dados do cadastro nacional do CNS, como ferramenta de articulação do controle social.
26. Que os conselhos municipais e estaduais de saúde da região amazônica devem se apropriar do programa de qualificação da atenção à saúde para a Amazônia Legal (PSAL) como forma de corrigir as distorções de financiamento e acesso.
27. Que seja garantido, através do Ministério Público, a não interferência partidária nos conselhos.
28. Que o Conselho Nacional de Saúde realize campanhas de esclarecimento sobre as leis do SUS.
29. Que os gestores respeitem as deliberações, garantam infra-estrutura e participem efetivamente das reuniões dos conselhos de saúde.
30. Que o Conselho Nacional de Saúde repense a organização e o calendário das conferências temáticas para não sobrecarregar os conselhos de saúde.
31. Que os conselhos estaduais encaminhem as pautas para os conselheiros nacionais que moram nos estados e que garantam sua participação nas reuniões do CES.
32. Realizar Plenária Regional do Nordeste, até julho de 2006, com os coordenadores do Nordeste e fazer articulação para sua realização.
33. Que o Conselho Nacional de Saúde institua mecanismos de fiscalização para não permitir a utilização de recursos da Saúde em programas de Segurança Alimentar e Farmácia Popular.

34. Divulgação do SUS na mídia, visando à melhoria da visão que a sociedade tem do Sistema.
35. Que as entidades, órgãos ou instituições que recebem recursos do SUS para suas atividades, somente poderão representar o segmento de prestadores de serviço nas Conferências e nos conselhos de Saúde.
36. Ocupante de cargo de confiança ou de chefia, de livre provimento e/ou nomeação, não poderão representar os segmentos de usuários e de trabalhadores de saúde nas Conferências e nos conselhos de saúde.
37. Trabalhadores com vínculo empregatício ou contratual como prestadores de serviço do SUS, mesmo temporariamente, não poderão representar o segmento dos usuários, nas Conferências e nos conselhos de saúde.
38. Cada entidade, órgão ou instituição, bem como cada delegado e/ou cada conselheiro, somente poderá pertencer a um único segmento, independentemente de a vinculação ser do âmbito municipal, estadual ou federal.
39. Os conselhos municipais devem assumir a capacitação de conselheiros, e a educação permanente para o controle social, formando multiplicadores que viabilizem a discussão nas comunidades.
40. Criação imediata de formas capazes de permitir que os conselhos tenham assessoria contábil e jurídica independentes e autônomas.
41. Que o Conselho Nacional acompanhe efetivamente os conselhos estaduais.
42. Definir nesta Plenária a data para realização da XIV Plenária Nacional de Conselheiros, devido 2006 ser ano eleitoral.
43. Criar mecanismos de integração entre Conselho Estadual e a Bipartite.
44. Que os conselhos municipais de saúde definam a regionalização do controle social, criando os conselhos gestores de unidades e distritais de saúde.
45. Criar site próprio dos conselhos, independentes das secretarias, onde constem nome dos conselheiros, suas entidades e seu segmento, com

e-mail e endereço para que pudessem ser acessados por todos conselhos e conselheiros, que o alimentariam, trocando informações, experiências e que gerassem documentação a ser discutidas nas plenárias.

46. Que os conselhos de saúde determinem a colocação da logomarca do SUS em todo e qualquer serviço mantido, financiado, ou que de alguma forma recebem verbas do SUS, incluindo documentos oficiais e de prestadores que se relacionem com o SUS.
47. Democratização dos conselhos de saúde com repasse de informações aos conselheiros.
48. Que os conselhos de saúde elaborem e os gestores publiquem cartilhas em que constem direitos e deveres dos usuários.
49. Que os conselhos de saúde convidem os agentes de saúde para suas reuniões e apoiem a luta pela regulamentação da sua profissão.

Educação Permanente

Propostas

1. Que as secretarias de saúde garantam estágio quando do ingresso dos concursados com treinamento sobre a legislação do Sistema Único de Saúde.
2. Que o Ministério da Saúde garanta capacitação para os gestores nas três esferas de governo.
3. Que o Ministério da Saúde garanta ampla divulgação do pólo de Educação Permanente e as formas de acesso dos atores sociais à roda.
4. Que os Ministérios da Saúde e da Educação implemente disciplinas SUS / Controle Social nas grades curriculares das instituições formadoras.
5. Que seja garantida a participação dos conselhos de saúde nos pólos de educação permanente.
6. Que os instrutores que fazem capacitação tenham conhecimento do SUS e do histórico da reforma sanitária brasileira.

7. Que os pólos de educação permanente e as escolas técnicas do SUS sejam acompanhados pelos conselhos estaduais de saúde
8. Adequar o conteúdo dos programas de capacitação do pólo de educação permanente à realidade dos municípios.
9. Que se garanta a equidade na organização do pólo de educação permanente, em especial na região da Amazônia Legal.
10. Que a capacitação permanente seja financiada nas três esferas de governo com as seguintes proporções: federal 80%, estadual 15% e municipal 5%.
11. Que educadores populares dos movimentos sociais sejam contemplados como formadores na implementação da educação permanente em saúde.
12. Criação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos cursos dos pólos de educação permanente pelos conselhos de saúde.
13. Que as secretarias estaduais de saúde promovam cursos de capacitação de gestores na legislação do SUS e do controle social, no início de cada mandato de prefeito.
14. Que aberturas de novos cursos na área da Saúde sejam avaliados pelos conselhos estaduais e nacional de saúde.

Emenda Constitucional Nº 29/00

Propostas

1. Que os conselhos de saúde, municipais, estaduais e nacional, intensifiquem a mobilização para a aprovação da regulamentação da EC nº 29, promovendo atividades, como:
 - mobilização junto aos parlamentares, vereadores, deputados estaduais e federais e senadores de todos os estados;
 - mobilização dos movimentos populares e sindicais, bem como toda a sociedade civil organizada;

- promoção de encontros, estaduais e nacionais, de conselheiros de saúde, na semana da saúde, no início de abril;
 - encaminhamento para os Deputados por carta, e-mail, telefone cobrando empenho para a regulamentação da EC nº 29;
 - aprovem resoluções no sentido da necessidade da regulamentação da EC nº 29;
 - promovam agendas com os executivos nos três níveis para discutir a EC nº 29.
2. Que os conselhos de saúde fiscalizem o cumprimento da EC nº 29:
 - enviando relatórios semestrais ao Sistema de Informação de Orçamentos Públicos de Saúde (Siops), sobre o cumprimento ou não da EC nº 29;
 - deliberando sobre a desabilitação ou a intervenção de outra esfera de governo (conforme diz a constituição aos governos que não cumprirem a EC nº 29, inclusive com aplicação inferior ao piso mínimo estabelecido para 2004 e executado em 2005).
 3. Aprovar moções em defesa da EC nº 29 em todos os fóruns de seguridade social (saúde, previdência e assistência social).

Gestão em saúde

Propostas

1. Que as secretarias estaduais de saúde cumpram o pactuado e repassem o dinheiro da Farmácia Básica para os municípios.
2. Que as instituições públicas sejam gerenciadas por profissionais do setor público e de carreira.
3. Que o Conselho Nacional de Saúde dê ampla publicidade à deliberação 001/2005 e do relatório do GT/Oscip, com a devida edição/publicação do mesmo.
4. Que seja encaminhado para o Denasus pedido de auditoria nas unidades terceirizadas e/ou que são administradas através de Oscip e OS.

5. Transformar o Programa Saúde da Família em estratégia pública de saúde e que o ingresso de seus trabalhadores seja através de concursos públicos.
6. Que o CNS faça gestão junto ao STJ e ao Ministério Público para discutir demandas jurídicas que podem prejudicar o bom andamento do SUS.
7. Que o MS crie um coeficiente financeiro a ser agregado no teto financeiro dos estados (TFGE) e municípios (TFGM), baseando-se no per capita, a exemplo do que foi estipulado para os TFD (processos de tratamento fora de domicílio).
8. Garantir a supervisão técnica ao SF para a efetivação qualitativa desta estratégia de saúde.
9. Garantir a incorporação de outros profissionais na estratégia da saúde da família.
10. Que seja garantido o repasse dos recursos para a Região Norte, respeitando-se o critério da equidade.
11. Implantar projeto de saúde na delegacia.
12. Que as verbas enviadas pelo MS para os hospitais universitários sejam discutidas nos conselhos de saúde.
13. Definir que, para entrar em GPSM os municípios devem comprovar o gerenciamento dos recursos e o controle do fundo municipal de saúde diretamente pelo secretário de saúde.
14. Que os conselhos estaduais encaminhem a prestação de contas do estado aos conselhos municipais de forma oficial.
15. Implantar conselhos gestores e câmaras técnicas nos serviços de saúde públicos e conveniados com o SUS.
16. Que os conselhos municipais se posicionem contra as terceirizações e privatizações dos serviços de saúde e defenderam sempre o concurso público como forma de entrada no serviço público.

17. Que os conselhos de saúde se posicionem em defesa dos serviços públicos de saúde, deliberem pela ampliação da assistência à saúde, através de serviços públicos, com mudança nos limites da Lei Complementar nº 101 (Portaria 1.101).
18. Não poderão ser nomeados como gestores do sistema (secretários municipais, secretários estaduais de saúde, diretores, coordenadores, chefes de regionais, departamentos, unidades de saúde, hospitais, clínicas, laboratórios, ambulatórios) sócios, proprietários, diretores, gerentes etc.; de planos de saúde e demais empresas de saúde que atuam no setor privado.
19. Que os conselhos de saúde recuperem os instrumentos de gestão no âmbito do SUS, que vêm sendo utilizados como mera burocracia: planos de saúde, planos de aplicação, quadro de metas, relatórios de gestão etc.
20. Assegurar parceria entre as equipes de saúde mental e PSE, para garantir o adequado atendimento aos usuários portadores de transtorno mental.

MOÇÕES

De Repúdio

Nós, conselheiros de saúde abaixo-assinados, participantes da XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em Brasília – DF, de 5 a 7 de dezembro de 2005, vimos por meio desta repudiar o ato da Sra. Noélia Barbosa Lira de Almeida, Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Arapiraca, que atacou a organização de trabalhadores e conseqüentemente o Controle Social do SUS, pois desrespeitou a Resolução CNS nº 333/03, que dispõe: “Os representantes” no Conselho de Saúde serão indicados de acordo com sua organização ou seus fóruns próprios e independentes, quando convocou uma reunião com agentes comunitários de saúde daquele município para escolher seus representantes para o referido conselho desconsiderando o sindicato da categoria.

Assinada por 104 pessoas.

De Apoio

Nós, conselheiros de saúde abaixo-assinados, participantes XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada nos dias 5, 6 e 7 de dezembro de 2005, em Brasília – DF, vimos por meio desta apoiar os Conselheiros Municipais de Saúde de Maceió – AL que deliberaram, em reunião ordinária do respectivo Conselho, a criação da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS, a criação de um informativo e criação da Comissão de Avaliação das Oscips – que terceirizam os trabalhos dos ACS de Maceió – AL. Até o momento nada foi encaminhado por parte do gestor. Queremos, ainda, apoiar a necessidade premente do referido Conselho: exigir análise prévia de todos os contratos de convênio, inclusive de Oscips que porventura a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió – AL venha firmar.

Assinada por 93 pessoas

De Repúdio

Nós, conselheiros da XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, apresentamos, por meio desta, a nossa indignação quanto à terceirização e à quarteirização nos serviços públicos dos estados e municípios de São Paulo, sem a comunicação e deliberação dos conselhos de saúde, bem como garantir a intervenção necessária junto às esferas competentes nos casos abusivos e com irregularidades comprovadas.

Assinada por 118 pessoas.

De Repúdio

A XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde apresenta moção de repúdio às declarações proferidas na grande imprensa do dia 18/11/2005 pelo Senhor Ministro da Saúde Dr. Saraiva Felipe, questionando a requisição dos hospitais do Rio de Janeiro por seu antecessor, ex-Ministro Humberto Costa, demonstrando total desconhecimento dos problemas acumulados na rede de saúde do Município do Rio de Janeiro.

Lembramos ao Senhor Ministro que tal ato culminou com a suspensão da gestão plena do Município do Rio de Janeiro, sendo aprovado pelo Controle Social, através dos conselhos de saúde.

Assinada por 101 pessoas.

De Repúdio

Nós, abaixo-assinados, vimos, por meio desta, repudiar o corte de um bilhão de reais da saúde, tendo como referência o contingenciamento da Programação de Alta e Média Complexidade.

Assinada por 132 pessoas.

De Apoio

Nós, conselheiros e conselheiras, reunidos(as) nesta XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, em Brasília – DF, aplaudimos a iniciativa de um grupo de pessoas que criaram o MOGAPH (Movimento do Grupo de Amigos dos Portadores de Hanseníase), cuja proposta será a divulgação e informação da doença com educação em saúde e mobilização social, em todo território nacional, tratando especificamente dos sintomas e os agravos dessa patologia para, a partir dos municípios brasileiros, eliminarem gradativamente a hanseníase.

Assinada por 70 pessoas.

De Repúdio

Moção de apoio à democratização do CNS e contra a prorrogação do mandato dos conselheiros atuais.

Considerando a ausência de ampliação do debate com as entidades nacionais por parte do Conselho Nacional de Saúde – CNS;

Considerando o avanço dos conselhos estaduais e municipais de saúde em relação ao CNS; e

Considerando a sistemática prorrogação de mandato do CNS.

Os conselheiros presentes à XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde exigem a ampliação da discussão sobre as eleições do CNS com todas as entidades legítimas e representativas nacionais, corrigindo as distorções quanto às representações dentro dos segmentos, e a convocação imediata da eleição do CNS.

Assinada por 107 pessoas.

De Repúdio

Aos municípios e estados – que desrespeitaram a deliberação da 8ª Conferência Sanitária (Conferência Nacional de Saúde), que define que distâncias iguais ou superiores a 500 km devem ser percorridas por via aérea – enviando seus conselheiros por via terrestre, a maioria de ônibus e sem verbas para alimentação, bem como estadias.

Assinada por 172 pessoas.

De Repúdio

Ao Governo do Estado de Minas Gerais, pelo não cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000.

Assinada por 88 pessoas.

De Repúdio

Ao Governo Federal e à Estatal Eletro nuclear, que até a presente data não assumiram o ônus social (saneamento básico, saúde, educação, habitação, plano de emergência) causado pela implantação do Projeto de Sistema Nuclear em Angra dos Reis – RJ, principalmente com a perspectiva da retomada dos trabalhos para conclusão da Usina Angra III sem discussão com a sociedade.

Assinada por 130 pessoas.

De Repúdio

A XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em Brasília, de 5 a 7 de dezembro de 2005, considerando:

O capítulo 6, dos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH–SUS/2005), que define como fundamental a gestão participativa e o controle social em todos os processos relacionados aos trabalhadores de saúde, inclusive com a participação dos conselhos de saúde no acompanhamento do processo de concurso público (inciso 6, alínea 1.4).

Repudia a forma arbitrária como se deu a formulação do concurso no Ceará, em parceria com os municípios do Estado, para a ampliação e regularização das equipes do Programa Saúde da Família, no qual não houve a participação dos conselhos de saúde e nem das respectivas Mesas de Negociação

do SUS (estadual e municipais), resultando como principal prejuízo os baixos salários ofertados aos profissionais que venham a preencher tais vagas.

Assinada por 64 pessoas.

Moção dirigida ao CNS

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) da cidade de São Paulo solicita ao Conselho Nacional de Saúde e sua Comissão Técnica de Políticas de Saúde que emita parecer em relação ao Projeto de Lei nº 318/05, do município de São Paulo e que tramita na Câmara Municipal de São Paulo, tendo como tema proposto “pelo seu Executivo à qualificação e ao credenciamento de entidades de direito privado, filantrópicas e sem fins lucrativos como organizações sociais para gerenciar e administrar equipamentos públicos municipais nas áreas da saúde, educação, meio ambiente e pesquisa”.

O CNS em seu pleno no mês de março de 2005, encaminhou documento recomendando que os estados e municípios sob gestão das Organizações Sociais (OS) e Oscips devem em 12 meses proceder ao retorno dos equipamentos para gestão pública. ENTRETANTO, o Município de São Paulo, à revelia da recomendação do CNS, encaminhou à Câmara Projeto de Lei de nº 318/05, com solicitação de inclusão e votação de urgência.

Tal decisão do Executivo se deu sem que o referido PL fosse discutido ou sequer apresentado ao CMS de São Paulo. O encaminhamento do PL nº 318/05 se deu em 30 de maio de 2005.

Várias ações foram realizadas para impedir a votação e exigindo a retirada do PL da Câmara Municipal através da representação dos segmentos dos usuários e trabalhadores do conselho municipal, envolvendo também a Plenária Municipal de Saúde do Município, fórum que envolve lideranças dos movimentos populares de saúde, negros, idosos, mental, deficientes, sindical, enfim, toda a sociedade civil organizada. Foram solicitadas audiências públicas para debater o PL, duas realizadas sem a participação da Secretária Municipal de Saúde, embora tenha sido convidada.

Aprovação da Resolução nº 045/2005. Com votação e homologação de dois terços dos conselheiros titulares contra o PL nº 318/05 e retirado do mesmo da pauta da Câmara.

Foram também elaborados e amplamente divulgados e distribuídos ao conjunto da sociedade civil organizada abaixo-assinado e carta aberta à população explicando a situação.

Encaminhando também ao Ministério Público de São Paulo duas representações contra o executivo da cidade de São Paulo contra o PL nº 318/05 e contra a Secretaria Municipal de Saúde que declara pela imprensa que só fará contratações de profissionais de saúde na rede depois da aprovação do PL nº 318/05.

Todas essas ações conseguiram, até o momento, impedir a votação do Projeto. Portanto, é necessária uma manifestação do CNS e, nesse sentido, exigir que a recomendação de março seja transformada em resolução do CNS, para fortalecer a luta contra as OSs, Oscips e consórcios, em nome da garantia da efetivação do SUS, com controle social forte.

Assinada por 100 pessoas.

Moção

Ao Ministério dos Transportes

Solicitação

Em virtude do nosso traslado de Fortaleza a Brasília para participarmos da XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, delegação de Fortaleza, observamos que as estradas pelas quais transitamos até Brasília estão propiciando dificuldades aos que precisam trafegar por estas vias terrestres, com número expressivo de acidentes, muitos deles fatais, o que compromete a saúde e a vida dos brasileiros e outros que por ali transitam.

Por esta razão, nós, Conselheiros de Saúde de Fortaleza, solicitamos ações urgentes deste Ministério, no sentido de viabilizar uma melhoria naquelas estradas e outras deste nosso Brasil, para que possamos transitar com maior segurança, preservando, assim, nosso bem-estar físico, social e moral.

Certos de contar com a sensibilidade do Senhor Ministro dos Transportes, e contando com o apoio de delegações de outros estados participantes, subscrevemo-nos.

Assinada por 59 pessoas.

Moção para Concretização do SIS Fronteira

É reconhecida as dificuldades pelo Ministério da Saúde nos municípios de fronteira.

Neste governo, tanto o Ministério da Saúde como a Casa Civil, através da Subsecretaria de Assuntos Federativos, contribuíram com a formulação de uma Política de Saúde para os municípios de Fronteira do Brasil. Esta foi aprovada na Comissão Tripartite do Ministério da Saúde, onde se estabeleceu uma política de incentivos e se reservou recursos orçamentários do SUS.

No entanto, até o momento não foram concretizadas as ações do SIS/ Fronteira pactuada na Tripartite.

Exigimos, com urgência, os repasses definidos e pactuados, em especial para os municípios de Ponta Porã e Corumbá, que têm uma população flutuante (assentados, acampados e estrangeiros) atendida nos referidos municípios de aproximadamente duas vezes mais que a população do município.

Assinada por 78 pessoas.

Moção Apoio

Os conselheiros de saúde presentes na XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, considerando:

- a) a importância da Emenda Constitucional nº 29 para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS); e
- b) a urgência em sua regulamentação e sua implementação nas três esferas de Governo.

Apresenta esta Moção de Apoio à votação pelo Congresso Nacional, em caráter de urgência, do Projeto de Lei 01/2003.

Esta moção deverá ser enviada ao Presidente da Câmara dos Deputados.

Assinada por 177 pessoas.

Moção de Repúdio

Nós, abaixo-assinados, repudiamos o descaso do Ministério da Saúde “Saraiva Felipe” ao não comparecimento e representatividade na XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Assinada por 60 pessoas.

Moção de Repúdio

Deixamos claro o repúdio contra o concurso público para agentes de saúde e sanitaristas nos municípios do Estado do Ceará. Juntos com um representante do sindicato dos agentes de saúde e sanitaristas do estado vimos que mais de 90% dos profissionais que atuam no campo, profissionais estes, capacitados, treinados e com mais de 10 anos de trabalho, se viram prejudicados. O Sindicato dos Agentes de Saúde e Sanitaristas do Ceará (SINEEPS-CE) entrou com um pedido de embargo na Procuradoria Regional do Trabalho “7ª Região” do Ceará, de todo concurso público para agente de saúde e sanitarista, enquanto não se decide a PEC nº 007/2003–A, que flexibiliza o inciso II do art. 37 da Constituição Federal, autorizando os municípios/estado a contratarem os agentes de saúde e agentes sanitaristas mediante seleção pública. Havendo assim, a seleção discutir-se-á junto com a categoria os critérios para a mesma, lembrando também que lutaremos para a efetivação dos profissionais que passaram por processo seletivo nos anos de 94, 96 e 2000, no município e que hoje se vêem terceirizados.

Assinada por 55 pessoas.

Moção Repúdio

Pelo não cumprimento da EC nº 29 pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, o qual utiliza recursos da saúde para outras secretarias e para Previdência do Estado.

Agindo de má fé com o controle social.

Assinada por 54 pessoas.

Moção de Repúdio

Os Conselheiros da Região Sul, presentes nesta Plenária repudiam o atraso em todas as atividades durante a Plenária, com isso reduzindo o tempo

de explanação nas mesas e debate em plenário, também ocorrendo nas plenárias regionais. Sugerimos que o tempo de tolerância para todas as atividades seja no máximo de 15 minutos.

Assinada por 53 pessoas.

Moção – Recomendação pela reformulação de pontos da Resolução CNS nº 333/03 Recomendação

A XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde realizada no período de 5 a 7 de dezembro de 2005, em Brasília – DF.

Considerando que, o principal fundamento da política de saúde brasileira é a democracia. As Conferências e os Conselhos de Saúde são os instrumentos de efetivação da democratização na saúde;

Considerando que a participação social de acordo com a Lei nº 8.142/90 se dá por meio da sociedade organizada, por meio de suas entidades;

Considerando que a legitimação das representações é construída por meio de processos coletivos;

Considerando que a Resolução nº 333/03 em sua terceira diretriz, inciso IV preconiza a representação por entidades, e no inciso V diz “mandato dos Conselheiros”, caracterizando dupla interpretação de quem tem mandato do conselho;

Considerando a necessidade do CNS como órgão máximo de representação do controle social no País, também cumprir os princípios acima citados, até mesmo de ser exemplo para as demais instâncias, recomendamos:

Seja reformulada a Resolução CNS nº 333/03 nos seguintes pontos:

1. Incluir a caracterização dos segmentos:

1.1 – Segmento de Gestores e Prestadores – gestor é quem gerencia as políticas, e os recursos do SUS. Prestadores são as entidades e instituições que têm vínculo de prestação de serviços com o SUS, podendo ser público ou privado, inclusive autônomos;

1.2 – Segmento dos Usuários – é todo conjunto de entidades representativas dos usuários que não representa os segmentos de gestores/prestadores e trabalhadores da saúde, e que não prestam serviços para o SUS, ou recebam verbas do fundo de saúde;

1.3 – Segmento dos trabalhadores da saúde é representado por todas as entidades representativas dos trabalhadores da saúde.

Recomenda que o mandato de representantes nos conselhos seja das entidades.

Recomenda que o inciso VI da terceira diretriz passe a vigorar com a seguinte redação: “A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, deve ser definida como impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro”;

Recomenda alteração do inciso V da terceira diretriz, que passa a vigorar com a seguinte redação: “O mandato das entidades será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato dos governos federal, estadual e municipal, inclusive do Distrito Federal, sugerindo-se a duração de dois anos”;

Recomenda que a eleição do Presidente da Mesa Diretora ou Coordenação-Geral, inclusive do Conselho Nacional de Saúde, seja feita entre seus pares.

Assinada por 100 pessoas.

Moção de Alerta

O Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso e Conselhos Municipais de saúde de Cuiabá, Várzea Grande, Santo Antonio do Leverger, Rondonópolis e Nova Nazaré propõe Moção de Alerta ao Ministério da Saúde pelo descumprimento da Deliberação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, concernente à Política Nacional de Implantação de Ouvidorias do SUS no âmbito do controle social.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde deliberou como um dos instrumentos para o fortalecimento do controle social:

Definir e implementar uma política nacional de ouvidorias do SUS para as três esferas de governo submetendo-a aos respectivos conselhos de saúde, capacitando recursos humanos e disponibilizando recursos financeiros para a implementação nos estados e municípios. Essa política deve ampliar os canais de relação e participação com a população, modificando o caráter, a eficiência e o funcionamento das ouvidorias. Além de estarem voltadas para a pronta resolução dos problemas denunciados, as

ouvidorias também devem ser geradoras de informações para apoio e qualificação, avaliação e planejamento da gestão em saúde e que os serviços tenham ampla e permanente divulgação à população. Para tanto devem:

- I. Dispor de mecanismos interligados de escuta do cidadão usuário nas três esferas de governo;
- II. Implementar nos meios de comunicação de massa uma ampla divulgação da política nacional de ouvidorias no SUS, ampliando este tipo de atendimento nas esferas estaduais e municipais;
- III. “Ser realizadas eleições para um (a) ouvidor (a) geral para a esfera estadual e para a esfera municipal, cujo nome deve ser homologado pelos respectivos conselhos de saúde.

Entretanto, o Ministério da Saúde realizou em nível nacional a **Oficina de Ouvidoria do SUS**, delineando **um modelo de ouvidoria ligada ao GESTOR, inverso ao deliberado pela 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**.

Preocupados com o não cumprimento do que foi deliberado, solicitamos a esta Plenária que se posicione sobre o assunto e encaminhe ao Conselho Nacional de Saúde, para que o mesmo faça cumprir a vontade dos representantes da população brasileira expressa nas deliberações da 12ª CONFERÊNCIA, a exemplo do que já vem ocorrendo em Mato Grosso desde 1995, **onde se criou a Ouvidoria do SUS no âmbito do Controle Social**.

XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

Assinada por 94 pessoas.

CARTA ABERTA AO CONTROLE SOCIAL E A TODAS AS CIDADÃS E OS CIDADÃOS BRASILEIROS

A partir da II Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em Brasília, em abril de 1997, tem-se mobilizado os conselhos de saúde por todo o Brasil na luta pela vinculação orçamentária de recursos nas três esferas de governo. Foram realizadas diversas manifestações públicas, promovidas pela Plenária Nacional, que culminaram com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC nº 29).

A XII Plenária Nacional de Conselhos em 2004 propôs para os conselhos de saúde, nas três esferas de governo, o grande desafio de mobilização para regulamentar a EC nº 29, no que diz respeito à definição do que são despesas com ações e serviços públicos de saúde, as fontes de recursos federais e a base de cálculo, de forma adequada.

Considerando a falta de Controle Social nas áreas financeira, fiscal e tributária nas três esferas de governo, bem como a Lei de Responsabilidade Fiscal com a ausência de uma Lei de Responsabilidade Social, a obediência da ordem econômica mundial que prioriza pagamentos de dívidas financeiras em detrimento da dívida social que se traduz em uma política que objetiva aumentar (cada vez mais) o *superavit* primário e a sua repercussão na comunicação de massa como a maior prioridade de governo, os conselheiros de Saúde reunidos na XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, que convivem com essa realidade na sua atuação cotidiana, repudiam essa política e apóiam a imediata regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 e a aprovação de Lei de Responsabilidade Sanitária, visando sua imediata implementação e aplicação em defesa da saúde do cidadão.

Assim sendo, esta XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde solicita a sensibilização dos poderes Executivo e Legislativo nas três esferas de governo e apóia integralmente a Carta Aberta do Conselho Nacional de Saúde referente à regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, abaixo transcrita:

Um dos principais problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de sua criação pela Constituição Federal de 1988 (CF-88) refere-se à natureza instável do seu processo de financiamento. A curta vigência da norma constitucional prevendo a alocação mínima de 30% do Orçamento da Seguridade Social para a saúde, os empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT e a criação da CPMF (e a conseqüente redução de outras fontes) são exemplos da instabilidade e da insuficiência de recursos que caracterizam o financiamento do setor, inviabilizando o adequado cumprimento da norma constitucional.

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 em 2000 representou uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS, além de regulamentar a progressividade do IPTU, de reforçar o papel do controle e fiscalização dos conselhos de saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde.

Apesar da importância da EC nº 29, a sua implementação tem gerado diferentes interpretações do que são despesas com ações e serviços públicos de saúde, além de não estarem contempladas no texto constitucional as fontes de recursos federais e a base de cálculo de forma adequada.

A Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde buscou equacionar tais indefinições e o Projeto de Lei Complementar nº 01/03, em tramitação na Câmara Federal, contempla, entre outros, estes pontos, com o objetivo de regulamentar a EC nº 29, cujo prazo final previsto era 2004. O Conselho Nacional de Saúde tem conhecimento de problemas no processo de prestação de contas enfrentados pelos conselhos estaduais e municipais, decorrentes de um possível entendimento de que os dispositivos da EC nº 29 deixaram de ser obrigatórios, pois não houve tal regulamentação.

Quanto à aplicação mínima, o PLC nº 01/03 manteve os termos da vinculação de recursos existentes para estados e municípios, mas fixou para a União a obrigatoriedade da aplicação mínima de 10% das receitas correntes brutas dos orçamentos fiscais e da seguridade social. Cabe ressaltar que a adoção desse percentual corresponderia a um valor aplicado menor do que aquele que seria obtido se o dispositivo originalmente previsto na CF-88 (30% do Orçamento da Seguridade Social) estivesse em vigor.

O PLC nº 01/03 foi objeto de ampla discussão por mais de um ano, sob a coordenação do Deputado Guilherme Menezes (relator da Comissão de Seguridade Social e Família), que propôs um substitutivo incorporando o projeto original do Deputado Roberto Gouveia, e os projetos apensados do Deputado Geraldo Rezende e do Deputado Rafael Guerra.

O citado substitutivo foi aprovado nas comissões de seguridade social e família, finanças e tributação e, por fim, na Comissão de Constituição de Justiça e Cidadania. “O Conselho Nacional de Saúde manifesta seu apoio para que o PLC nº 01/03 seja aprovado ainda no exercício legislativo de 2005.

XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

Conselho Nacional de Saúde

***14h às 18h – Atividade no Congresso Nacional –
REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29***

Os Conselheiros presentes na XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde realizaram uma mobilização em torno da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, através da aprovação da PL nº 01/2003 de autoria do Deputado Roberto Gouveia, durante a tarde do último dia, no Congresso Nacional.

A mobilização foi realizada em várias frentes: os conselheiros visitaram os gabinetes dos deputados e senadores dos seus estados no sentido de convencê-los da importância de inclusão da PL nº 01/2003 na pauta da Câmara ainda em 2005, já que está aprovada em todas as comissões.

Uma outra estratégia foi a audiência com os presidentes da Câmara de Deputados, Deputado Aldo Rebelo e do Senado, Senador Renan Calheiros, respectivamente, com a entrega da carta aprovada na XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Na reunião com o relator do Orçamento da União, Deputado Carlieto Meres, os conselheiros nacionais e representantes da Plenária levaram documento elaborado pela Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin) com as posições do CNS sobre o orçamento da saúde.

18b – ENCERRAMENTO DO EVENTO

Lista de inscritos por estado		
Nordeste	Alagoas	7
	Bahia	1
	Ceará	53
	Maranhão	8
	Paraíba	5
	Pernambuco	20
	Piauí	10
	Rio Grande do Norte	11
	Sergipe	1
	Total	116
Norte	Acre	1
	Amapá	4
	Amazonas	10
	Pará	41
	Rondônia	29
	Roraima	3
	Tocantins	3
	Total	91
Centro-oeste	Distrito Federal	7
	Goiás	20
	Mato Grosso	17
	Mato Grosso do Sul	34
	Total	78
Sudeste	Espírito Santo	28
	Minas Gerais	59
	Rio de Janeiro	64
	São Paulo	65
	Total	216
Sul	Paraná	18
	Santa Catarina	17
	Rio Grande do Sul	38
	Total	73
Total geral		574

RELATÓRIO FINAL

Apresentação

A XIV Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde realizou-se com a participação de 855 conselheiros de saúde, representando 27 estados e 333 municípios e o Distrito Federal. Este espaço de articulação política interconselhos possibilitou o debate de relevantes temas nacionais relacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de promover o fortalecimento do Controle Social e do sistema brasileiro de saúde.

Programação

Data: 10 e 11 de abril de 2007

Local: Academia de Tênis – Brasília – DF

Dia 10/4/2007

8h às 18h – CREDENCIAMENTO

9h às 10h – ABERTURA

Composição da Mesa:

Dr. Antônio Alves de Souza – Secretário de Gestão Estratégica e Participativa – Representando o Ministro da Saúde José Gomes Temporão.

Francisco Batista Júnior – Presidente do Conselho Nacional de Saúde.

José Teófilo Cavalcante – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Eliane Aparecida da Cruz – Secretária-Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

10h às 11h – LEITURA E APROVAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO.

Apresentação: Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Coordenadores: Naderge Nazaré da Costa Moura e Francisco C. Teixeira – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Relatoria: José Ernesto Rodrigues Sales e Juliana Bernardes Maldonado – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Mesa 01

11H ÀS 13H – O CONTROLE SOCIAL NO PACTO PELA SAÚDE

Expositores: Adriana Nunes de Oliveira – Coordenação-Geral de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde (CGAIPS), Ministério da Saúde.

Armando Martinho Bardou Raggio – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

Nilo Brêtas Junior – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Eliane Aparecida da Cruz – Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Coordenação de Mesa: José Teófilo Cavalcante e Maria Inês Dolzane Reis – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Relatoria: José Ernesto Rodrigues Sales – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

13H ÀS 14H – INTERVALO PARA ALMOÇO

14H ÀS 16H – DEBATE E ENCAMINHAMENTOS

Mesa 02

16H ÀS 17H – TERCEIRIZAÇÃO DE GERÊNCIA E GESTÃO DO SUS

Expositores: Francisco Batista Júnior – Presidente do Conselho Nacional de Saúde.

Lenir Santos – Ministério da Saúde.

Coordenação de Mesa: Elias José da Silva e Eni Carajá – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Relatoria: Jacqueline da Silva Dutra – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

17H ÀS 19H – DEBATE E ENCAMINHAMENTOS.

Dia 11/4/2007

09h – Atividades no Congresso Nacional: Mobilização pela aprovação do Projeto de Lei (PL 001/2003) Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000.

12h às 13h30 – Intervalo para o almoço.

14h às 16h – Plenária Final para apresentação das propostas e Moções. Coordenação de Mesa: Eduardo Francisco de Assis Braga e Arnaldo Marcolino da Silva Filho – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Relatoria: Jacqueline Silva Dutra e José Ernesto Rodrigues Sales – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

16h – Informes gerais do CNS, da Coordenação da Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde e Homologação da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, eleita nos estados, para o período de abril de 2007 a abril de 2009.

Coordenação de Mesa: Francisco Batista Junior e Eni Carajá – representantes do CNS na coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Relatoria: José Teófilo Cavalcante, Jacqueline Silva Dutra, José Ernesto Rodrigues Sales, Juliana Bernardes Maldonado, Naderge Nazaré da Costa Moura e Elizabeth Mourão Moraes – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

17h – Encerramento

REGIMENTO INTERNO

Capítulo I

Da Realização

Art. 1º - A XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, movimento dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais, será realizada nos dias 10 e 11 de abril de 2007, em Brasília – DF, com os eixos temáticos: O Controle

Social no Pacto pela Saúde (Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão), Terceirização de Gerência e Gestão do SUS e Mobilização pela Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000.

Parágrafo Único. Será realizada a Homologação da Coordenação Nacional, eleita nas Plenárias Estaduais realizadas em 2006 e 2007, para o período de abril de 2007 a abril de 2009.

Capítulo II

Da Participação

Art. 2º - Participarão da XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde os representantes dos conselhos de saúde que enviarem, em tempo hábil, seu pedido de inscrição ao Conselho Estadual de Saúde (CES) de seu estado.

§ 1º - As inscrições dos representantes dos Conselhos Municipais serão realizadas junto ao CNS, por intermédio do CES, até a data de 21 de março de 2007.

§ 2º - Somente serão inscritos na XIV Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde representantes dos Conselhos Municipais de Saúde devidamente cadastrados no CNS.

§ 3º - Os Conselhos serão representados por quatro participantes, obedecida a paridade, sendo dois usuários, um trabalhador e um gestor/prestador, conforme a Resolução nº 333/2003 do CNS.

§ 4º - Os representantes titulares da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e as conselheiras e os conselheiros do CNS são participantes natos.

Capítulo III

Do Credenciamento

Art. 3º - O credenciamento será iniciado às 8 horas do dia 10 de abril de 2007, estendendo-se até as 12 horas do dia 11 de abril 2007.

Art. 4º - São participantes credenciados da XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde as conselheiras e os conselheiros inscritos até o dia 21 de março de 2007, prazo improrrogável, conforme definição da Coordenação da Plenária Nacional e homologada pelo CNS.

Capítulo IV

Do Eixo Temático e dos Debates

Art. 5º - A XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde terá como eixos temáticos: O Controle Social no Pacto pela Saúde e Terceirização de Gerência e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 6º - A programação constará de duas mesas-redondas com os temas: Mesa 01: O Controle Social no Pacto pela Saúde; Mesa 02: Terceirização de Gerência e Gestão do SUS (Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão) e o momento de Mobilização Política no Congresso Nacional pela aprovação do Projeto de Lei (PL 001/2003) que versa sobre a Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000.

Parágrafo Único. Cada Mesa contará com dois coordenadores e dois relatores indicados pela Coordenação da XIV Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde.

Art. 7º - Após a exposição dos temas das Mesas 01 e 02, será aberto o debate e cada proponente de encaminhamento e/ou recomendação terá três minutos para sua intervenção.

Parágrafo Único. A Mesa dos Trabalhos submeterá ao Plenário o limite de inscrições, sendo avisado quando faltar um minuto para a conclusão da fala.

Art. 8º - Será facultado a qualquer participante devidamente credenciado na XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, por ordem e mediante inscrição à Mesa dos Trabalhos, manifestar-se verbalmente e por escrito durante os debates, por meio de perguntas, observações, encaminhamentos e/ou recomendações pertinentes ao tema.

Capítulo V

Das Moções

Art. 9º - As moções deverão ser apresentadas à Comissão Organizadora até as 14 horas do dia 11 de abril de 2007 (improrrogável) e subscrita, por no mínimo, 10% dos conselheiros e das conselheiras credenciados.

Capítulo VI

Da Plenária Final

Art. 10 - Os encaminhamentos definidos nas Mesas 01 e 02 serão de imediato apreciados pela Plenária e aprovados, os quais posteriormente serão apresentados na Plenária Final para compor o Relatório Final da XIV Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde.

§ 1º - Os propositores dos encaminhamentos e/ou recomendações terão três minutos para apresentação verbal, improrrogáveis, ou poderão apresentar por escrito ao relator.

§ 2º - A Plenária é soberana para decidir sobre os encaminhamentos e/ou recomendações.

§ 3º - A palavra será deferida conforme a ordem de inscrição, não podendo a conselheira ou o conselheiro exceder ao tempo de três minutos.

§ 4º - Quando declarado pela mesa dos trabalhos, em regime de votação, não caberão questões de ordem, apartes ou elucidações.

Art. 11º - A aprovação dos encaminhamentos e ou recomendações se dará por maioria simples de votos das conselheiras e dos conselheiros credenciados presentes na Plenária Final.

Capítulo VII

Das Disposições Transitórias e Finais

Art. 12º - O Plenário da XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde é soberano para aprovar o Regimento.

Art. 13º - Assegura-se às conselheiras e aos conselheiros credenciados o questionamento, pela ordem de encaminhamentos à mesa, sempre que, a critério de qualquer dos presentes, não esteja sendo cumprido o Regimento.

Art. 14º - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora após consulta ao Plenário.

ABERTURA:

A Abertura da XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde ocorreu às nove horas e trinta minutos, do dia 10 de abril de 2007, sendo a Mesa composta pelo Dr. Antônio Alves de Souza – Secretário de Gestão Estratégica.

ca e Participativa – representando o Sr. Ministro da Saúde, Dr. José Gomes Temporão, pelo Sr. Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS, pela Sra. Eliane Aparecida Cruz – Secretária-Executiva do CNS e pelo Sr. José Teófilo Cavalcante – Coordenação da Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde.

Fizeram uso da palavra o Presidente do CNS, Sr. Francisco Batista Júnior, que ressaltou a importância da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, para o Controle Social no SUS, e fez um resgate histórico dessa caminhada desde o I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde que aconteceu em 24 e 25 de abril de 1995, na cidade de Salvador – BA. Lembrou que o Congresso foi de grande importância para o avanço da Política Nacional de Saúde e para incentivar a organização dos conselhos de saúde em nível estadual e municipal, como também na formação de conselheiros de saúde. O Presidente do CNS informou que foram realizadas três Plenárias como em 1997, ano em que foi criada a primeira Coordenação Nacional de Plenárias. Fez questão de destacar o II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde em 1998, em que participaram mais de dois mil conselheiros de saúde de todo Brasil.

Muitas foram as bandeiras de lutas encampadas por esse fórum inter-conselhos durante esses anos, como: a luta incansável em defesa do Projeto de Emenda Constitucional (PEC nº 169/93) que resultou na Emenda Constitucional (EC 29/00), manifesto em defesa do SUS; a comunicação entre os Conselhos de Saúde e a Sociedade; a modificação da Resolução nº 33/92 do CNS que se transformou na Resolução nº 333/2003 do CNS e ultimamente o grande movimento pela regulamentação da EC nº 29/00, participação do controle social no Pacto pela Saúde e luta contra a Terceirização de Gerência e Gestão do SUS.

Finalizando, Francisco Batista Júnior falou sobre a posição que ocupa hoje de Presidente do CNS a qual amplia sua atuação de defensor do Controle Social, por meio de suas críticas e cobranças aos Gestores. Disponibilizou-se para ajudar os conselhos de saúde no que for necessário e estes devem sentir-se a vontade para fazer suas cobranças. Apresentou sua expectativa de que a XIV Plenária Nacional cumpra sua pauta e reforce ainda mais o Controle Social no SUS, fazendo com que a pressão no Congresso Nacional seja forte o suficiente para a Regulamentação da EC nº 29 no ano de 2007, sob pena de colocar o financiamento do SUS em risco.

O Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, Dr. Antônio Alves de Souza, representando, no momento o Ministro da Saúde, Dr. José Gomes Temporão, fez uso da palavra saudando os componentes da mesa e todos os presentes em nome do Ministro da Saúde, justificou a ausência do Ministro, pois o mesmo havia assumido o Ministério há pouco tempo e estava em processo de montagem do quadro de assessores. O Dr. Antônio Alves acrescentou que o Ministro Temporão tem apreço pelo Controle Social no SUS, e que por ser sanitarista possui bom relacionamento com os conselhos de saúde.

Dr. Antônio Alves fez um resgate das políticas de saúde do primeiro Governo Lula, destacando que a Saúde no Brasil teve um salto de qualidade durante os primeiros quatro anos do Governo Lula e se diz satisfeito por ter sido convidado pelo Ministro José Gomes Temporão para continuar à frente da Secretaria de Gestão Participativa.

Sobre a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Dr. Antônio Alves, fez questão de salientar a sua importância para o Controle Social no SUS durante todos esses anos, desde o I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, destaca suas lutas e acredita que essa luta deve continuar para a consolidação do SUS e do Controle Social. Deseja sucesso para os trabalhos da XIV Plenária Nacional.

Finalizando, Dr. Antônio Alves coloca-se à disposição para colaborar no que for possível para que a Plenária e sua Coordenação tenham bom êxito.

MESA 01 – O CONTROLE SOCIAL NO PACTO PELA SAÚDE

Dr^a Adriana Nunes de Oliveira – Ministério da Saúde.

Dr. Nilo Brêtas Junior – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Eliane Aparecida da Cruz – Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Armando Martinho Bardou Raggio – Conselho Nacional de Secretários de Saúde(Conass).

Coordenação: Maria Inês Dolzane e José Teófilo Cavalcante – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Relatoria: José Ernesto Rodrigues Sales – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

A Dr^a Adriana Nunes de Oliveira cumprimentou os participantes da XIV Plenária dos Conselhos de Saúde, fez questão de ressaltar que os conselheiros de saúde são construtores do SUS como política de Estado, que o Pacto pela Saúde é o resultado de meses de negociação, na qual se chegou a um consenso entre os diversos atores sociais do SUS.

Em anexo será disponibilizada a apresentação.

O Dr. Nilo Brêtas deu boas vindas aos participantes e informou que o Pacto pela Saúde é um fórum em que pela primeira vez houve consenso para qualificar a dimensão de pacto único (federativo), pois existe a necessidade de reorganizar a descentralização e reorientar a estratégia com os atores envolvidos e este não é um pacote definido existe sempre a abertura de diálogo nas três esferas de governo e no Controle Social. É necessário unificar o Plano de Saúde, o Termo de Compromisso de Gestão, os indicadores de saúde e o orçamento público. Os gestores devem trabalhar o Relatório de Gestão e a necessidade do fortalecimento desta discussão com o Controle Social por meio dos conselhos de saúde. Dr. Nilo defende a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 para haver maior volume de recursos e o financiamento estável e seguro para a Saúde. Ressaltou que o Pacto não é norma, e sim, um processo de construção permanente e os conselhos deverão monitorar o andamento e a execução dessa política. Convidou a todos para participar do XXIII Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, em Joinville – Santa Catarina, nos dias 27 a 30 de junho de 2007, cujo tema central é o Pacto pela Saúde.

Dr. Armando Martinho Bardou Raggio agradeceu à Coordenação de Plenária pelo convite para participar do evento saudando os presentes. Fez uma retrospectiva histórica do SUS, citando a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Sobre o Pacto pela Saúde frisou que o mesmo demonstra a maturidade dos gestores na organização da gestão pública de saúde e na elaboração de políticas em que sua execução irá depender de grande mobilização envolvendo as três esferas de governo com destaque ao controle social, informou que onde o Controle Social estiver desorganizado alguém irá se dar bem, para o avanço do Pacto pela Saúde é necessária uma grande campanha envolvendo todos os atores sociais e fez apelo para não deixar essa grande mobilização ser contaminada nas próximas eleições.

Eliane Cruz saudou os participantes, fez considerações sobre o Pacto pela Saúde, colocou a necessidade de construir uma agenda de trabalho envolvendo as três esferas de governo e o Controle Social. Informou que os conselhos de saúde não participam ativamente da discussão do Pacto pela Saúde, pois, ainda, existem conselhos cartoriais. Para o avanço do Pacto é importante haver aliança entre os conselhos – Conass, Conasems e conselhos de saúde, e que o Conasems deverá colaborar com o controle social recebendo as denúncias dos conselhos de saúde. O Termo de Compromisso de Gestão é essencial. Citou que é importante a regulamentação da Emenda Constitucional nº29/2000 para urgente votação neste ano.

Após as apresentações dos expositores foi facultada a palavra aos participantes para apresentar questões para esclarecimentos e ampliação dos debates. As manifestações dos participantes foram sistematizadas em propostas que serão descritas na Plenária Final.

MESA 02 – TERCEIRIZAÇÃO DE GERÊNCIA E GESTÃO DO SUS

Expositores: Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS.

Lenir Santos – Ministério da Saúde.

Coordenação da Mesa: Elias José da Silva e Eni Carajá – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Relatoria: Jacqueline da Silva Dutra – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Expositora: Lenir Santos (santoslenir@terra.com.br).

Segundo Lenir, a administração pública está na Constituição Federal e pode se dar de duas formas: direta ou central, que são as secretarias municipais ou estaduais, ou indireta, também chamada descentralizada, que são aqueles casos em que o gestor cria por lei pessoas jurídicas como as autarquias, fundações, empresas públicas (por exemplo, os Correios), sociedades de economia mista (51% das ações são públicas), consórcios públicos (Lei nº 11.107/2006) e, como exemplo, temos os municípios que se unem para executar uma atividade em comum.

A gestão das sociedades de economia mista, das fundações e das empresas públicas são mais ágeis que a administração pública de forma direta.

Na Constituição Federal artigo 175, temos que o serviço público pode ser concedido a terceiros. O artigo 199 diz que a saúde não é exclusiva do Estado, sendo a iniciativa privada complementar.

Dar a terceiros os serviços que o setor público tem condições de fazer é irregular.

Desde 1998, com a criação da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e das Organizações Sociais (OS), o governo extingue os serviços que tem e passa a estes setores a responsabilidade por fazê-los. Por exemplo, nas DST/aids as OS estão assumindo responsabilidades do setor público.

Expositor: Francisco Batista Júnior – CNS.

Historicamente, o Estado brasileiro tem se posicionado a serviço de grupos políticos. Os programas de saúde estão desvirtuados, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). É necessário que estes programas e estratégias de saúde sejam tratados, pois estão doentes. A rede de atenção básica está desestruturada. Para o gestor é mais fácil ter um arremedo de ESF do que ter uma rede de atenção básica funcionando, é a conveniência. Embora a lei preveja a complementaridade do setor privado, é preciso estar atento, principalmente à terceirização da gestão através das OS e das Oscip.

A instituição de Oscips públicas para a gestão dos hospitais públicos acarreta em:

- autonomia gerencial e financeira;
- regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT);
- ausência de estabilidade;
- valores de mercado;
- inexistência da participação do conselho de saúde;
- fiscalização de órgão do sistema de controle interno do respectivo poder e do controle externo do tribunal de contas;
- planos de cargos, carreiras e salários diferenciados para cada fundação;
- procedimentos diferenciados para licitações e contratos.

Francisco Júnior propõe que o sistema público estatal seja fortalecido, que os trabalhadores sejam valorizados no seu trabalho com planos de cargos de carreiras e salários de abrangência nacional. Que a gestão ou a gerência do SUS seja profissionalizada, com trabalhadores sérios e capazes de responder aos cargos. Que as gestões sejam participativas e democráticas, com a figura dos conselhos gestores e o auxílio de capacitações e avaliações permanentes. Os governos devem prover autonomia gerencial, orçamentária e financeira para as secretarias de saúde.

Após as falas dos expositores foi facultada a palavra aos participantes com questões para esclarecimento e propostas que serão sistematizadas e apresentadas na Plenária Final.

No dia 11 de abril de 2007, foi realizada a Concentração no Congresso Nacional às 9 horas, Ato Político pela Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000, que garante investimento mínimo nas três esferas de governo para a saúde, ou seja, 10% pela União, pelos 12% estados e Distrito Federal e 15% pelos municípios.

A mobilização contou com a presença de representações dos conselhos estaduais, municipais, entidades e movimentos sociais e sindicais ligados à área de Saúde, parlamentares de vários partidos abraçaram a causa e se uniram aos manifestantes pela aprovação do Projeto de Lei nº 001/2003, de autoria do Deputado Roberto Gouveia, que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29/2000. O Projeto já foi aprovado nas comissões da Câmara devendo apenas ser votado em Plenário e, posteriormente, ser sancionado pelo Presidente da República. Cerca de 1.200 conselheiros de saúde participaram desta mobilização no Congresso Nacional.

Houve a fala do Presidente do CNS, da Conselheira Zilda Arns e do Conselheiro Ronald Ferreira, dos Coordenadores de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde Jacqueline Dutra (RS), Benedito Alexandre (AL), Ernesto Sales (CE), Marco Borges (SC), entre outros, em defesa da regulamentação da EC nº 29/2000.

No segundo momento, foi articulada a formação de comissões para realizar reuniões com a Secretaria-Geral da Presidência da República, lideranças dos partidos, Presidência da Câmara e Senadores, e os demais representantes

dos estados e municípios realizaram reuniões com suas bancadas de deputados e senadores.

Na Academia de Tênis, foi realizada a Plenária Final para apresentação das propostas e moções, que foi coordenada pelos Coordenadores de Plenária Eduardo Francisco de Assis Braga e Arnaldo Marcolino da Silva Filho e relatada por Jacqueline Silva Dutra e José Ernesto Rodrigues Sales sendo apresentada as seguintes moções:

Moção de Repúdio Nº 01

À atitude autoritária e perseguidora da Gestão Municipal de Saúde da cidade de Itaúna – MG, ao pleno exercício do Controle Social pelos membros dos Conselheiros Usuários, garantido pela Lei Nº 8.142/90.

Moção de Repúdio Nº 02

Pela falta de autonomia política, financeira e administrativa da Secretaria de Saúde, com conseqüente precarização e privatização do sistema público da saúde do Distrito Federal e demais estados da Federação.

Moção de Repúdio Nº 03

Aos prefeitos presentes à “Marcha de Prefeitos” realizada em Brasília no dia 10 de abril de 2007 que não viabilizaram a participação dos conselheiros dos seus municípios nesta Plenária, demonstrando desrespeito e total falta de compromisso com os princípios e diretrizes do SUS.

Moção de Desarquivamento Nº 04

Solicitando ao Congresso Nacional o desarquivamento da LEI DE RESPONSABILIDADE SANITÁRIA.

Tal solicitação se prende ao fato que com a implantação do “PACTO PELA VIDA EM DEFESA DO SUS E DE GESTÃO”, em nosso País, não existe nenhum instrumento que verse sobre punição ao mau gestor do SUS.

Sabemos que erros dessas autoridades, ferindo os princípios do SUS, têm ceifado vidas de centenas de brasileiros e há seqüelas irreversíveis.

Moção de Repúdio Nº 05

Contra as ações do Secretário Municipal de Saúde de Tucuruí – PA, Luiz Nelson Fonteles Cruz, por haver destituído o Conselho Municipal de Saúde eleito democraticamente na VI Conferência Municipal de Saúde, sendo necessário acionar o Ministério Público e o Judiciário para assumirmos o papel de Controle Social, como também por não participar das reuniões do Conselho e por não prestar contas, conforme as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90.

Moção de Repúdio Nº 06

Tendo caráter DELIBERATIVO, em Consonância com as Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90 e em conformidade com a Resolução nº 333/03 do Conselho Nacional de Saúde. Esta Moção defende que os municípios devem constituir de forma solene, os seus respectivos ORGANOGAMAS. De posse deste instrumento legal, as secretarias de saúde dos municípios passam a gerir seus próprios recursos. Vale ressaltar que o prazo em caráter irrevogável é de 30 de novembro do ano em curso e entrará em vigor a partir de 1º de janeiro do ano subsequente, em virtude do não cumprimento das Leis supracitadas, os mesmos ficarão sob pena de responsabilidade.

Moção de Repúdio Nº 07

Às atitudes do Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, que em nome da famigerada coalizão, nomeou o Dr. Gérson de Oliveira Pena, para assumir a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, sendo uma área estratégica que cuida do Programa DST/Aids, Hanseníase, Tuberculose, Epidemiologia e Controle de Doenças, Vigilância Sanitária, dentre outros.

O médico indicado e nomeado pelo então Ministro Temporão, vem abusando do poder, exonerou a Coordenadora do Programa de Eliminação da Hanseníase, Dra. Rosa Castaglia, profissional com alto gabarito e reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários.

Repudiamos, portanto, essa nomeação de quem serviu o Governo Itamar/Fernando Henrique de maneira nefasta e destruiu o Programa de Hanseníase e vítimas da Talidomida.

Moção de Repúdio Nº 08

Pela liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal, em que proíbe o profissional de enfermagem a prescrever medicamentos, dar diagnósticos e solicitar exames dentro dos programas do Ministério. Tal liminar vem de encontro à Portaria GM/MS nº 648/2006 na íntegra, o que acarretaria a paralisação do Programa Saúde da Família e outros, uma vez que 90% dos programas do Ministério da Saúde são executados por enfermeiros. Ressaltamos que estes procedimentos estão assegurados nos protocolos das secretarias de saúde de cada estado.

Consideramos que esta liminar é abusiva e desrespeitosa a todos os demais profissionais não médicos.

Moção de Repúdio Nº 09

À exclusão da nomenclatura SUS do PLP nº 001/2003, já aprovada pelas comissões, que, em sua nova redação, muda Sistema Único de Saúde para simplesmente Sistema de Saúde.

Moção de Repúdio Nº 10

Quanto à arbitrariedade do Decreto de 28/12/2006, publicado pelo Diário Oficial do Estado de São Paulo, em 29/12/2006. O referido Decreto remanejou do Estado de São Paulo, antes distribuídos em 24 diretorias regionais de saúde (DIR), já um agrupamento deficiente, em 17 departamentos regionais de saúde (DRS), extinguindo várias regionais e precarizando ainda mais o atendimento em todos os municípios. Este ato administrativo foi feito à revelia dos conselhos municipais e do conselho estadual, sem levar em conta as necessidades e especificidades locoregionais. Um decreto feito às vésperas da discussão e implementação do Pacto pela Saúde, nos leva a crer que os interesses políticos partidários foram mais uma vez considerados superiores aos dos conselhos.

Com base na Constituição Federal e nas Leis Federais nº 8.080 e 8.142, nós, delegados presentes à XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde questionamos: na elaboração desse decreto, onde e quando ocorreu a tão proclamada participação popular? Portanto, não adianta realizarmos conferências, plenárias e outros fóruns, se as decisões continuarem sendo pactuadas sem a participação efetiva do controle social.

Moção de Repúdio Nº 11

Contra todos os gestores que não legitimam as diretrizes aprovadas nas conferências de saúde e resoluções dos conselhos de saúde, principalmente na interferência dos mesmos, colocando seus cargos de confiança, FGs e prestadores de serviço, como representantes do segmento de usuários, deslegitimando o Controle Social.

Moção de Repúdio Nº 12

Ao Governo do Estado do Mato Grosso do Sul. Esta moção repudia a suspensão irresponsável, feita pelo Governo Estadual do Mato Grosso do Sul, dos programas sociais que beneficiavam milhares de famílias carentes do Estado, contribuindo, assim para o aumento das doenças causadas pela desnutrição.

Foram apresentadas e homologadas as seguintes propostas:

1. Pacto pela Saúde

- Realizar discussões sobre o Pacto pela Saúde com a participação de conselhos de saúde nas três esferas de governo.
- Fortalecer a organização dos conselhos de saúde para conhecer, aprovar e monitorar o Pacto pela Saúde.
- Trabalhar o Termo de Compromisso de Gestão articulado com o Plano de Saúde e a elaboração do orçamento público.
- Que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) recebam denúncias dos conselhos de saúde sobre o Pacto pela Saúde.
- Que o Controle Social eleja suas prioridades no Pacto pela Saúde.
- Promover o reajuste da Tabela SUS.
- Promover a Educação Permanente ao Controle Social, inclusive aos Gestores de Saúde.

- Articular Redes de Educação Permanente de conselheiros de saúde.
- Repassar 1% do orçamento da gestão pública nas três esferas de governo para investir em educação permanente aos conselheiros de saúde.
- Estabelecer mecanismos de responsabilização pela má gestão pública.
- Garantir a efetivação da Lei de Responsabilidade Sanitária.
- Que todas as contratualizações nos serviços de saúde sejam matéria de efetiva deliberação dos conselhos de saúde e que o Controle Social denuncie quando isto não estiver sendo cumprido.
- Os gestores de fato cumpram as deliberações dos Conselhos de Saúde.
- A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) respeite a autonomia dos conselhos de saúde e que todos os assuntos pactuados na CIB sejam matéria de deliberação dos conselhos de saúde.
- As dotações orçamentárias dos conselhos de saúde sejam gerenciadas pelos mesmos.
- Promover a publicação de experiências bem-sucedidas realizadas pelos conselhos de saúde no Pacto pela Saúde.

2. Terceirização de Gerência e Gestão do SUS

- Discutir o sucateamento do setor público, pois ele serve ao setor privado e fortalece a defesa da terceirização ou privatização.
- Abrir a discussão nacional sobre as fundações estatais, juntamente com todos os setores da administração pública envolvidos: MEC, MS, MCT, MPOG, criando grupo de trabalho para a mobilização contra a terceirização na saúde e contra o projeto de lei que cria estas fundações.
- Defender em todo o País a aprovação da Lei de Responsabilidade Sanitária, e fazer valer a lei de improbidade administrativa que já vigora.
- Instrumentalizar os conselhos de saúde, por meio de educação permanente, estrutura de trabalho e financiamento fundo a fundo;
- Fortalecer o sistema público estatal.
- Que os trabalhadores sejam valorizados no seu trabalho com planos de 1 – Cargos, Carreiras e Salários de abrangência nacional.
- Profissionalizar a gestão ou a gerência do SUS, com trabalhadores sérios e capazes de responder aos cargos.
- Promover as gestões participativas e democráticas, com a figura dos conselhos gestores e auxílio de capacitações e avaliações permanentes.
- Os governos devem prover as secretarias de saúde de autonomia gerencial, orçamentária e financeira.

Houve a homologação da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, eleita nos Estados, para o período de abril de 2007 a abril de 2009 a qual foi coordenada por Francisco Batista Júnior e Eni Carajá, representantes do CNS. A seguir estão descritos os nomes e os respectivos estados representados.

REGIÃO NORTE

ACRE

(titular) – não indicou

(suplente) – não indicou

AMAZONAS

Gilson Aguiar da Silva (Titular)

Delmar José Hister (Suplente)

AMAPÁ

Elizabeth Mourão Moraes (Titular)

Zilnaide Teixeira Nogueira (Suplente)

PARÁ

Maria Inez Dolzane Reis (Titular)

Rômulo Augusto Gomes de Azevedo (Suplente)

RONDÔNIA

Naderge Nazaré da Costa Moura (Titular)

Raimundo Nonato Soares (Suplente)

RORAIMA

Márcia Sueli de Brito (Titular)

Antonia Eleonora Melo da Silva (Suplente)

TOCANTINS

Eduardo Francisco de Assis Braga (Titular)

Manuel Pereira de Miranda (Suplente)

REGIÃO NORDESTE

ALAGOAS

Benedito Alexandre de Lisboa (Titular)

Edécio Fernandes da Silva (Suplente)

BAHIA

Joselita Oliveira da Silva (Titular)

Josivaldo de Jesus Gonçalves (Suplente)

CEARÁ

José Ernesto Rodrigues Sales (Titular)

José Carlos da Costa Reis (Suplente)

MARANHÃO

Maria Georgina Pinheiro Martins (Titular)

Acataiaçu dos Santos (Suplente)

PARAÍBA

Joaquina de Araújo Amorim (Titular)

Maria do Socorro Borges Barbosa (Suplente)

PERNAMBUCO

Adson José da Silva (Titular)

João Domingos dos Santos (Suplente)

PIAUÍ

José Teófilo Cavalcante (Titular)

Elias Barbosa (Suplente)

RIO GRANDE DO NORTE

Valdo Teodósio de Almeida (Titular)

Marli de Medeiros Nóbrega (Suplente)

SERGIPE

Givon Alves Néo (Titular)

Hélio Ferreira dos Santos (Suplente)

REGIÃO CENTRO-OESTE

DISTRITO FEDERAL

Francisco C. Teixeira (Titular)

Jefferson de Sousa B. Júnior (Suplente)

GOIÁS

Neusinho Ferreira de Farias (Titular)

Osmar Costa Queiroz (Suplente)

MATO GROSSO

Juliana Bernardes Maldonado (Titular)

Maria Cândida do Nascimento (Suplente)

MATO GROSSO DO SUL

José Pereira da Silva (Titular)

Fernando de Oliveira Rocha (Suplente)

REGIÃO SUDESTE

ESPÍRITO SANTO

Maria Maruza Carlesso (Titular)

Antonio Odilon de Araújo Rocha (Suplente)

MINAS GERAIS

Robson Feliciano de Souza (Titular)

Renato Almeida de Barros (Suplente)

RIO DE JANEIRO

Elias José da Silva (Titular)

Miguel Jorge Gomes de Oliveira (Suplente)

SÃO PAULO

Arnaldo Marcolino da Silva Filho (Titular)

Kátia Aparecida dos Santos (Suplente)

REGIÃO SUL

PARANÁ

Carlos Roberto Rodrigues (Titular)

Valdir Donizete de Moraes (Suplente)

RIO GRANDE DO SUL

Jacqueline da Silva Dutra (Titular)

Lotário Schlindwein (Suplente)

SANTA CATARINA

Marco Antônio de Pádua Borges (Titular)

Maria Nilza Oliveira (Suplente)

A Equipe de Relatoria da XIV Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde foi composta dos seguintes Coordenadores Nacionais: Naderge Nazaré da Costa Moura, Jacqueline Silva Dutra, José Ernesto Rodrigues Sales, Juliana Bernardes Maldonado, José Teófilo Cavalcante e Elizabeth Mourão Moraes.

Referências

CHON, Amélia. O resgate da política, In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA SAÚDE E DEMOCRACIA, 7., 2001, Santos. Anais... São Paulo: APSP, 2001.

RELATÓRIO da Comissão de Acompanhamento das Organizações Sociais. São Paulo: [s.n], 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Eliane Aparecida Cruz – Secretária-Executiva do Conselho Nacional de Saúde

Lúcia M^a Costa Figueiredo – Coordenadora Técnico-Normativa da SE/CNS

Aparecida de Fátima Pianta – Coordenadora Técnico Operacional da SE/CNS

Frederico Lino – Coordenador Técnico Operacional da SE/CNS

ASSESSORIA TÉCNICA

Gleisse de Castro de Oliveira

COLABORAÇÃO

Caroline Miranda Coelho

Cassia Gomes

Cristiane Cezário Gomes

Darcy Reis de Oliveira

Denise de Paula Cardoso

Edina Maria Rocha Lima

Edsônia Soares da Silveira

Eliana Aparecida Simproni

Grisel Crispi

Jaci de Jesus Santos Silva

Jomilton Costa Souza Júnior

José Maria do Amaral Sobreira Filho

Laura Misk de Faria Brant

Leandro Lima Mendes

Maicon Vinícius de Camargo

Manuela Novais de Almeida
Maria Camila Borges Faccenda
Maria das Vitórias Albuquerque de Oliveira
Maria Rita Rodrigues da Silva
Marimi Melo da Silva
Nazaré Gomes Gonçalves
Neide Rodrigues do Santos
Patrícia Helen Rafael Costa
Pauliny Duarte Santana
Pérola de Jesus Santos da Silva
Rosa Amélia Pereira Dias
Soraia Oliveira de Moraes
Verônica Guedes Araújo
Wagner de Almeida Muniz
Willian de Lima Barreto

JORNALISTAS

Cristiano Torres Lacerda Medeiros Lima
Espedito Mangueira de Lima



EDITORAS MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, novembro de 2008

OS 0891/2008