

# **VERSÃO PRELIMINAR**

**XV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS  
DE SAÚDE  
26 A 28 DE NOVEMBRO DE 2008**

**BRASÍLIA - DF**

## **NOTA EXPLICATIVA**

**Este Relatório tem como objetivo relatar a XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, de modo que os conselheiros (as), participantes da XV Plenária e mesmos os conselheiros e conselheiras de todos os Conselhos de Saúde que não puderam comparecer a este evento possam acompanhar as informações e os posicionamentos dos painelistas.**

**Esperamos com isto contribuir para o crescimento e fortalecimento do SUS.**

**Coordenadores e Coordenadoras de Plenárias de Conselhos de Saúde**

## **XV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE 26 A 28 DE NOVEMBRO DE 2008 - BRASÍLIA - DF**

Dia 26/11/2008

### **Solenidade de Abertura**

A XV Plenária de Conselhos Nacional de Saúde, que aconteceu entre os dias 26 e 28 de novembro de 2008, teve como objetivos principais, discutir 20 anos do SUS – Desafios e Perspectivas, Financiamento da Saúde, Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, Fortalecimento da Gestão Pública no SUS.

Iniciando o apresentador convidou a tomar assento à Mesa, o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa, Antônio Alves de Sousa, representando o ministro de Estado da Saúde, José Gomes Temporão; convidou, igualmente, o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, bem como o vice-presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, Antônio Carlos Figueiredo Nardi representando o presidente Helvécio Miranda Magalhães; Agostinho Moro - Vice Presidente do CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Paulo Rubem Santiago - Deputado Federal PDT/Pe. Convidou, também, a senhora Coordenadora de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, pela Paraíba, Joaquina de Araújo Amorim, também coordenadora da mesa de abertura. Em seguida, o Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, iniciou dando as boas vindas a todos, saudando, inicialmente, os integrantes da mesa de abertura, especialmente, com muito carinho, os conselheiros e conselheiras presentes ao evento. Disse de sua satisfação e expectativa em realizar a XV Plenária, do tempo de divulgação do evento no país para motivar as pessoas a virem a Brasília debater os grandes temas da saúde e resgatar o verdadeiro significado da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. E com esse objetivo e, a julgar pelas 1.800 inscrições, que superaram a mais otimista das previsões que tinha, com certeza absoluta estava no caminho certo. E, com esse sentimento desejou as boas vindas e disse que esses três dias, com certeza, seriam muito produtivos. Pois seriam três dias de mobilizações, de troca de idéias, de qualificação, de intervenção, enfim, três dias onde os Conselheiros de Saúde poderiam cumprir o papel que, efetivamente, cabe a todos, enquanto conselheiros, desse imenso e glorioso país. Declarou aberta a XV Plenária de Conselheiros de Saúde, parabenizando, inclusive, a Coordenação Nacional, a Comissão Organizadora do evento e, pediu que, naquele momento, de abertura formal, de abertura solene, se dedicasse um minuto de silêncio às vítimas das águas, das enchentes que, assolavam o Estado de Santa Catarina, Estado-Irmão e que, com certeza tem deixado a população de Santa Catarina com e em grandes dificuldades. Propôs um minuto de silêncio em homenagem às vítimas das enchentes do Estado de Santa Catarina.

Após o minuto de silêncio, o Apresentador convidou todos para assistirem a projeção de um vídeo institucional, em homenagem aos 20 anos do SUS - Sistema Único de Saúde. 20 anos democratizando a saúde, 20 anos transformando um direito constitucional, numa realidade cotidiana para todos os brasileiros, mas, muito mais do que isso representando uma transformação para melhorar a vida de muitas pessoas, que deram testemunhos em todos os cantos deste país, como em Maripotaba-GO - Gregório Brito – Trabalhador Rural – que se levanta às 5h30, para cuidar dos afazeres do campo. Em Porto Alegre-RS - Jorge

Castilhos – Usuário do SUS – que disse da importância que é a participação, o envolvimento nos problemas da comunidade junto com a unidade de saúde. Edelves Vieira – Assistente Social – Desde a gestão administrativa até a gestão de toda a gente tenta fazer com que sua atuação seja participativa e democrática, adequando às necessidades da população, construindo junto com os trabalhadores o que tem que ser feito. Paulo dos Santos – Conselheiro de Saúde – Disse que “quando vejo minha família bem atendida, meus vizinhos, quero ver toda comunidade bem atendida. Hoje a gente tem um serviço que nem dá para falar muito alto, porque é quase de primeiro mundo”. Itaguaçu - ES – onde o SUS também permite aos brasileiros acesso a medicamentos de alto custo, como dito por Rosete Gomes – Assistente Social – “A Marlene tem uma osteoartrose chamada espondilite anquilosante que é uma doença degenerativa de todos os ossos do corpo dela. Tínhamos sete usuários que pegavam medicação, hoje temos 150 pacientes. Conheci o SUS antes e o conheço hoje. E hoje melhorou muito”. Marlene Bausen – Paciente do SUS – que usa o medicamento diz que cada ampola de 25ml custa R\$ 1.800,00, e ela vai usar por oito por mês. Disse que o SUS é maravilhoso, é para medicamento, para qualquer tipo de exame. Se não fosse o SUS ela estaria na cadeira de rodas, porque estava usando muletas. Nova Lacerda - MT – onde o SUS entra cedo na vida dos brasileiros acompanhando o pré-natal, garantindo assim a saúde do futuro do país. Michella Maniçoba – Médica do Programa Saúde da Família – disse que o pré-natal é importante, principalmente, para controlar as doenças, que geralmente costumam ocorrer ou se agravar durante a gravidez. Magdália Hirai – Comerciária – O que somos nós sem a saúde, não é? Se nós não tivermos saúde nós não somos nada. Com seis meses de gravidez e trabalhando, e pretende trabalhar até os nove meses. Lago Poraquequara - AM - O SUS não conhece limites. Os profissionais de saúde se esforçam para levar saúde até onde ela precisa chegar em qualquer área ribeirinha que é visitada, duas vezes por semana, pelo itinerário que o supervisor de área faz. Falaram dos problemas dos pacientes com malária, seus sintomas, os exames que são realizados dizendo que o SUS é um todo e que não adianta fazer SUS trabalhando só na capital, nos bairros, tem que ser fazer SUS, também, para os ribeirinhos. São Paulo - SP - Por tratar tão bem dos brasileiros, o SUS hoje é referência mundial no tratamento de DST/AIDS. O programa DST/AIDS do Ministério da Saúde, é um dos mais desenvolvidos mundialmente e o Brasil, realmente, é referência e está à frente de muitos países. Jorge Senise – Infectologista – O NUPAIG é um Núcleo de Patologias Infecciosas da Gestaçã o e ele atende mulheres, predominantemente mulheres, infectadas com o vírus HIV, que estão grávidas e o atendimento é multidisciplinar e é feito no mesmo momento pelo obstetra e pelo infectologista. Fortaleza - CE - O SUS não cuida só da prevenção e controle de doenças. Também, realiza procedimentos complexos como no caso do Tony Batista - Transplantado – que estava com quadro clínico comprometido, sério, com uma expectativa de vida de três meses. Procurou o Hospital de Messejana por uma infelicidade e encontrou o hospital para sua felicidade. Hospital este que realiza procedimentos unicamente pelo SUS. E que em quase 11 anos já realizou 153 transplantes cardíacos. Foi apresentado um quadro comparativo mostrando o número de transplantes realizados, a expansão do atendimento, a cobertura do Programa de Saúde da Família, o fornecimento de medicamentos essenciais nos três níveis de Atenção Básica, medicamentos genéricos, medicamentos genéricos registrados pela Anvisa, redução da mortalidade infantil, número de pessoas beneficiadas, pacientes em terapia anti-retroviral, equipes de saúde bucal. Finalizando a apresentação vimos que o SUS é a grande ferramenta, sem dúvida para a saúde brasileira, promovendo e sendo o protagonista nesses 20 anos, de histórias reais. Levando para todos os brasileiros muito mais do que um direito, mas o nosso maior bem, a saúde, num País com o tamanho do Brasil.

Em seguida, a Coordenadora Nacional de Plenária do CES-PB, Joaquina de Araújo, fez uso da palavra, cumprimentou os componentes da mesa e agradeceu aos Coordenadores Nacionais de Plenárias de Saúde a escolha do seu nome para representá-los no evento e ressaltou a importância da participação de todos os conselheiros e conselheiras para o fortalecimento e a construção do SUS. Transcrevemos seu discurso de boas vindas.

Ilustríssimo Senhor Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, em nome do qual cumprimento as demais autoridades presentes nesta mesa. Senhores Coordenadores e Coordenadoras Nacionais de Plenárias, Conselheiros e Conselheiras Municipais e Estaduais de Saúde, senhoras e senhores presentes neste evento, sejam todos bem-vindos à XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Nós, conselheiros e conselheiras de saúde, de todos os municípios do Brasil, aqui representando o segmento dos usuários, trabalhadores, prestadores e gestores da área da saúde insistimos que o SUS é sem dúvida alguma, a mais inclusiva das políticas sociais, promovida pelo Estado Brasileiro. Concebida em 1988 pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas nº 8080 e nº 8142 e demais instrumentos legais, técnicos e administrativos que permitiram, neste período de 20 anos, independente das condições sociais, étnicas, culturais, econômicas e geográficas que, milhões de brasileiros pudessem contar com atenção à saúde desde a atenção básica à alta complexidade.

O mérito do SUS é inquestionável, como as políticas direcionadas para a AIDS, as doenças crônico-degenerativas, transplantes de órgãos, vigilância em saúde e, especificamente, a saúde e segurança dos trabalhadores, a Saúde Bucal, Saúde Indígena, Saúde do Idoso, dentre outras ações implantadas ou implementadas onde o Estado e a sociedade civil organizada vêm construindo novos caminhos contrários à história da saúde pública do passado em que a saúde ora compara todos e agora é direito de todos para todos os cidadãos brasileiros.

Entretanto, mesmo com esses avanços, o SUS ainda se distancia muito do que foi consagrado na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas nº 8080 e nº 8142. Os segmentos que fazem o controle social em saúde com os movimentos sociais, populares, Conselhos e Plenárias de Saúde têm enfrentado grandes embates ora ideológico, ora político, técnicos gerenciais e administrativos para efetivar plenamente esse sistema, dentro dos quais podemos destacar: grupos que entendem que os gastos com a saúde, não podem e não devem ser considerados, como instrumentos de investimento social, mas sim como despesas, as quais podem ser reduzidas e propiciar recursos para outros fins, considerados como fatores de desenvolvimento do país, tais como: garantia de superávit, financiamento de bancos falidos, pagamentos de juros, dentre outros. Outros, torcem pela falência do SUS, quando afirmam que o SUS é ineficaz, incompetente, como forma de possibilitar clientelas para planos de saúde privados, organizações sociais OCIPs, OSs etc.. Outros ainda, que defendem a necessidade de implantar novo modelo de gestão no SUS, com a criação de fundações estatais de direito privado. Estes e outros confrontos ao SUS verifica-se como tentativa de substituição do modelo universal, integral, equânime, democrático, transparente, com controle social, por outro que privilegia a terceirização, a privatização, a quebra de estabilidade e isonomia salarial para os trabalhadores do SUS e a impossibilidade de implantação de um Plano Nacional de Cargos de Carreiras e de Salários, o que, na nossa percepção é uma proposta excludente, que substitui a lógica da visão social da promoção e do bem-estar, por uma lógica de mercado. (Aplausos) Muito obrigada.

Esta desconstrução do SUS, portanto, pretendida por alguns, quebrando a universalidade, o comando único do SUS, acenando para um atendimento básico para o SUS e remetendo o atendimento de média e alta complexidade para as empresas privadas de saúde, não se

justifica, companheiros e companheiras, pois a população já fez a sua opção quanto à Reforma da Saúde e o Sistema, desde 1986, e foi reafirmado na 13ª Conferência Nacional de Saúde. Cabe a nós todos, companheiros e companheiras, num momento como este, enfrentarmos e lutarmos para o seu cumprimento.

O SUS é um projeto em construção dos mais ambiciosos, pois num país com as características e as particularidades, que conhecemos, é enorme a complexidade da situação da saúde e das dificuldades, para a construção de um sistema, que possa abranger toda a população brasileira. Os desafios são grandes, mas quatro deles urgem ser vencidos, sob pena do SUS ter sua consolidação ameaçada: Primeiro - definição da fonte de recursos financeiros, regulamentados e destinados à operacionalização do sistema. Segundo - qualificação da gestão e dos trabalhadores do SUS. Terceiro - implantação de um Plano Nacional de Cargos, Carreira e Salários, financiados pelas três esferas de governo. Quarto - investimento na melhoria e ampliação da capacidade física instalada da rede pública.

Finalmente, caros companheiros e companheiras aqui presentes, neste momento, tenhamos a convicção de que a história do SUS se confunde com a do controle social. Está diretamente relacionada com a força da organização, da participação e do compromisso de todos nós deste movimento, pois fomos nós que construímos o SUS que temos hoje. E, seremos nós que construiremos o SUS do amanhã, aquele que sonhamos e necessitamos, para todos os brasileiros e os brasileirinhos que virão. (Aplausos com gritos de muito bem). É por isso que estamos aqui, todos nós, juntos, nesta luta, nesta Plenária participando, lutando e construindo o futuro do nosso SUS.

Muito obrigada e vamos à luta companheiros e companheiras.

Prosseguindo fez uso da palavra Antônio Alves – Secretário de Gestão – Cumprimentou a todas e a todos, dizendo que, em nome do ministro da Saúde, José Gomes Temporão, e toda a equipe do Ministério da Saúde, do governo do Presidente Lula, dava as boas vindas aos conselheiros e conselheiras e disse, ainda, da satisfação em poder receber todos na Esplanada dos Ministérios, no primeiro dia, em comemoração aos 20 Anos do SUS e, também, aos 13 anos do Primeiro Congresso Nacional que deu origem a XV Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, e que aconteceu em 95, em Salvador, na Bahia.

Cumprimentou Francisco Batista Júnior, o companheiro Nardi, o Agostinho, companheira Joaquina, agradeceu a presença do deputado Paulo Rubens Santiago, deputado federal do PDT, de Pernambuco. Cumprimentou nominando todas as bancadas dos estados presentes ao evento dizendo que o Brasil estava ali reunido, num fórum privilegiado, todos conselheiros de Saúde, conselheiros do Brasil todo e que era uma satisfação estar naquele momento conversando com todos, nesses 20 Anos de criação do SUS e 13 Anos de criação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Disse ter feito uma apresentação, mas o tempo era curto para falar das conquistas do Sistema de Saúde, e convocou todo mundo para uma grande mobilização nacional em defesa do SUS. Desse Sistema, que nasceu na década de 70, com a contribuição de vários companheiros e companheiras que, infelizmente, não estão mais conosco, mas que carregaram essa bandeira e “agora nós estamos pegando essa bandeira e continuando essa caminhada”.

Perguntou quem estava na 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília, em 1986, que levantasse a mão. E continuou: “Em março de 1986, em Brasília, no Ginásio Cláudio Coutinho mais de 5.000 brasileiros e brasileiras se reuniram para construir a base do Sistema de Saúde que se tem hoje. Então, numa Plenária, onde 1.800 pessoas se inscreveram, somos poucos remanescentes daquela histórica conferência, mas significa que muitos outros chegaram e pegaram essa bandeira. E, muitos outros chegarão, também. E,

nós não podemos deixar que essa bandeira caia em nenhum momento”.

E continuou dizendo que um sistema que consegue organizar 5.564 Conselhos Municipais de Saúde em todo o Brasil, incluindo aí, Fernando de Noronha, que não é um município é um distrito estadual, mas que é considerado como um Conselho Municipal de Saúde e o Distrito Federal que tem duas características: a característica de Estado e, também, de Município, e, portanto, somando aí 5.564 municípios. E que tem 27 Conselhos Estaduais de Saúde, também, organizados em todo o Brasil, nas 27 unidades da Federação e um Conselho Nacional de Saúde reformulado, fortalecido com as entidades eleitas, com o presidente desse Conselho, representante dos trabalhadores da Saúde, Francisco Batista Júnior, que tem feito um excelente trabalho na condução da presidência daquele Pleno, onde, esse Conselho, tem demonstrado à Nação Brasileira a importância do controle social e a defesa permanente por essa luta. Um sistema que consegue permitir que as pessoas, representantes da comunidade possam ter assento nos fóruns deliberativos e dizer para a gestão, para as prefeituras, para os governadores e para o presidente da República, para o governo federal, o que quer em termos de política de saúde e que tem o papel de acompanhar a implementação dessas políticas, fiscalizar sua implementação e controlar os resultados, inclusive, a aplicação dos recursos financeiros. Um sistema que consegue se constituir no maior Sistema Público de Transplante de Órgãos do Brasil, do mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos, onde o setor privado é predominante; que consegue oferecer às crianças brasileiras e, agora, também, aos idosos com mais de 60 anos, US\$ 130 milhões de vacinas; que faz com que 28.100 equipes de Saúde da Família se espalhem pelo Brasil afora cobrindo quase cem milhões de pessoas. Um sistema que consegue reunir junto aos seus Conselhos e fóruns deliberativos um número expressivo de conselheiros de Saúde, entre titulares e suplentes. Um sistema que oferece, ao ano, 11 milhões de internações e 2 milhões de partos. Um sistema que implanta o Serviço Móvel e Atenção à Urgência, o SAMU, 192, disponibilizando esse serviço para grande parte da população brasileira, independente da sua condição sócio-econômica, de etnia ou sexo ou religião.

Esse é o Sistema Único de Saúde. Sistema que foi a maior conquista do povo brasileiro, nos últimos anos. Sistema que é a maior política pública de inclusão social do mundo, do planeta, que consegue arrecadar os impostos, mesmo que o dinheiro não seja o suficiente, nós sabemos que não é, mas que faz a sua redistribuição, quando o governo federal tem a responsabilidade e a incumbência de repassar 50% de seus recursos para Estados e Municípios, somando-se a esses a arrecadação dos Estados e dos Municípios para a execução dos serviços das ações de saúde.

Que, independente da condição, todo cidadão e toda cidadã brasileiros contribuem para o financiamento do Sistema de Saúde. Mesmo o cidadão em situação de rua e, nós temos muitos, nas capitais de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Recife, Salvador e tantas outras, pessoas que, ainda não têm um lar, mas que exigem do Sistema de Saúde uma atenção, um atendimento, para cuidar da sua saúde, inclusive, esse cidadão que, embora não tenha um emprego formal, uma carteira assinada, mas, também, é usuário do Sistema de Saúde, graças à definição de um princípio fundamental, estabelecido na Constituição de 88, que é o do acesso universal e o princípio da equidade. Além disso, temos lá inscritos dois institutos fundamentais que é o da integridade das ações e o direito da participação da comunidade nas deliberações do SUS.

A XV Plenária traz no seu bojo três debates fundamentais nesses primeiros 20 Anos do SUS: o resgate de uma história, de uma conquista, a manutenção de uma chama, que deve ficar permanentemente acesa – como nas Olimpíadas, já que somos vitoriosos e temos várias medalhas de ouro em conquistas, em vários cantos do Brasil. O financiamento da

Saúde, que a Plenária vai debater e, inclusive, fazer atos de mobilização para garantir, que se aprove o último destaque, que hoje está na Câmara, para que o projeto de Regulamentação vá para o Senado e tenha ali a sua votação e aprovação final, garantindo, definitivamente, recursos vinculados para a saúde. E, também, a definição de que são serviços de ações de saúde, para evitar que gestores das três esferas de governo possam utilizar e colocar nos orçamentos da Saúde, ações que não têm a ver diretamente com o serviço de saúde. Chamou a atenção, para a responsabilidade de cada um dos presentes, para o momento histórico a ser vivido a partir de 1º de janeiro - a posse de novos gestores. Com certeza, vários Conselhos, aqui representados continuarão com os conselheiros que aqui estão e aqueles que já foram eleitos para compor os Conselhos. E vocês, ao retornarem para os seus estados, seus municípios, juntamente, com aqueles que não puderam vir, tem a responsabilidade de fazer com que esses gestores, que vão assumir em 1º de janeiro, os novos e aqueles que foram reeleitos assumam o compromisso definitivo da defesa da implementação do SUS.

Com a elaboração dos Planos Municipais de Saúde, instrumento fundamental de planejamento, que, aprovado no Conselho, definem os caminhos, as direções do sistema na sua implementação, de cada município brasileiro.

De cobrarem depois, em março de 2010 a apresentação do relatório de gestão, como instrumento de gestão estratégica, que é a comprovação daquilo que está no plano, que foi executado ou não foi, quais as ações que não foram e que caminhos deve tomar o plano na sua revisão anual.

Disse que todos tem a responsabilidade de uma defesa radical, intransigente, na implementação do pacto pela saúde, nas suas três dimensões: o pacto em defesa da vida, o pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão. Um contrato que é aprovado pelos Conselhos, que tem indicadores, tem meta e que o Conselho tem que acompanhar a sua execução. Esse é o papel do Conselho de Saúde, e os conselheiros não podem abrir mão e têm que exigir a adesão da prefeitura, quem ainda não fez, ao pacto de gestão, ao pacto de defesa do SUS e ao pacto de defesa pela vida.

Repassou para os conselheiros o que o Conselho Nacional de Saúde está fazendo, conduzido pelo presidente Francisco Batista Júnior, que é o Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde, e que muitos dos presentes já participaram da primeira parte d programa, que tem alguns componentes como a distribuição de equipamentos. Falou que num primeiro momento, foi feita a distribuição dos computadores. Alertou, inclusive, para ficarem atentos, naquelas prefeituras em que os prefeitos perderam a eleição, para que o computador não desapareça, como já se tem tido denúncia de que está ocorrendo em algumas partes do Brasil. O equipamento, o computador, a impressora, que ainda não foram distribuídos para aqueles municípios, em função da lei eleitoral, serão distribuídos no início de janeiro, e os que virão depois: antena parabólica, televisão de 32", gravador de DVD e o aparelho de fax. Alguns receberão o aparelho de fax junto com a impressora. E na continuidade do programa há a perspectiva da formação do conselheiro, além, da garantia da coletividade.

O desejo, enquanto Secretaria de Gestão Estratégica Participativa e enquanto Conselho Nacional de Saúde é que, em 2010, o último ano do governo Lula, os Conselhos de Saúde, estejam incluídos numa Rede Nacional de Comunicação na Internet para que os conselheiros possam trocar experiências, manterem comunicação e que possam fazer uma grande rede em defesa desse patrimônio da Nação Brasileira, que é o Sistema Único de Saúde.

Convidou e convocou todos para se integrarem, junto com a SEGEP, na implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica Participativa, com seus componentes, no



fortalecimento do controle social e, o Programa de Inclusão Digital é um deles, mas, também, na organização e constituição de Ouvidorias do SUS, nos Estados, nos Municípios, para que sejam um canal permanente de comunicação com a população.

O Sistema de Auditoria com a nova lógica de organização de auditoria, onde o Conselho de Saúde possa ser ouvido, acompanhado, inclusive, receber uma senha, no seu município, para acompanhar os relatórios de auditoria que forem feitos naquele município e o Conselho possa ter acesso ao Sistema Nacional de Auditoria.

Também no Sistema de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, onde está sendo elaborado um relatório eletrônico de gestão, onde cada gestor poderá, em tempo real, on-line fazer essa declaração do seu relatório anual e disponibilizar, após a aprovação na página do Conselho Nacional de Saúde, dos Conselhos para que os conselheiros possam acompanhar os Planos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais.

E, por último, finalizando disse da pesquisa em parceria com a Unesp e Núcleo de Estudos de Saúde da UnB, para verificar aqueles delegados de conferências, que vieram a Brasília, em 1986, 50% dos usuários, representando a população brasileira, que levantaram seus crachás, aprovando o princípio da universalidade, da equidade, da integralidade e da participação comunitária nos rumos do SUS, para saber como é que esses conferencistas estão, após passados 20 Anos do SUS.

Será que o acesso universal chegou até eles? De que forma? Como foi o acolhimento quando precisaram do Sistema Único de Saúde? Qual o carinho que receberam dos trabalhadores, quando precisaram de um atendimento? O profissional de saúde dentro da integralidade que precisa fazer nas ações de cura, reabilitação, promoção e prevenção? Será que os serviços chegaram para aqueles que precisam mais, atendendo o princípio da equidade, que com muito sonho, muito amor foi definido em 1988, no processo constituinte e escrito na Constituição como a grande conquista da sociedade brasileira? Como é a situação atual? Será que aqueles que se encantaram pelo SUS criado em 1988, definido em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde continuam encantados com esse sistema? Ou é necessário fazermos um grande chamamento para o reencantamento daqueles que estavam encantados? E daqueles que chegaram depois, que viram as dificuldades, os desafios, os problemas não resolvidos, as deliberações dos Conselhos não cumpridas pela Gestão? Conselheiros que não receberam a qualificação adequada, mas que são cobrados para desempenhar o papel de conselheiro de saúde? E, aí o chamamento é para que, em 2009, aconteça uma campanha nacional de repolitização do SUS e de reencantamento ou de encantamento desse sistema, que é a maior política pública e social do Brasil. Desejou boa sorte a todos na Plenária e um forte abraço.

Joaquina de Araújo Amorim – Agradeceu ao Dr. Antônio Alves e convidou o vice-presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Antônio Carlos de Figueiredo Nardi, para fazer uso da palavra.

Antônio Carlos de Figueiredo Nardi saudou a todas e todos os presentes e disse ser uma honra para o Conasems poder fazer parte da abertura da XV Planária Nacional de Conselhos. Transmitiu o abraço e a saudação do presidente Helvécio Miranda Magalhães Júnior, Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte e o atual presidente da Entidade, e, também, ao nosso Secretário de Gestão Participativa, que representava o ministro José Gomes Temporão. Ao Francisco Júnior, grande companheiro, presidente do Conselho Nacional de Saúde, a Agostinho Moro, parceiro de muitas lutas, representando o Conass e todos os Secretários de Estado da Saúde, a Joaquina, coordenadora da Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, pela Paraíba. E, saudou, em especial, Carlos Rodrigues,

Coordenador de Plenária Nacional, pelo Paraná e saudando o conselheiro Roque Piscinato, usuário do Conselho Municipal de Saúde de Maringá, município do qual é Secretário Municipal de Saúde, saudou os usuários, todos os trabalhadores, todos os prestadores e a todos os gestores presentes na XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Disse que visitou os murais expostos e parabenizou a exposição porque os murais são brilhantes, que de fato, o SUS é um patrimônio da sociedade brasileira: patrimônio público, patrimônio histórico, patrimônio de conquistas, mas patrimônio de lutas e de dores, também. Que não se pode falar que só se tem 20 motivos para comemorar, de forma alguma. Que inúmeros são os motivos para comemorar e eles ultrapassam a casa de 20, porque, com certeza, dos milhões de brasileiros atendidos pelo Sistema Único de Saúde cada um tem um motivo para comemorar, mas, ainda tem muitos que têm motivos para questionar e para se queixar.

E, é exatamente para isso que se realiza a XV Plenária para tentar fazer com que os três princípios universais, que norteiam o Sistema Único de Saúde sejam concretizados, porque ainda não o foram nesses 20 anos de luta.

No ano de 2008, inúmeras festividades comemoraram esses 20 anos de SUS e em cada um desses eventos, que o Conasems participou, junto aos Conselheiros, junto ao Conass, junto à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa foi possível ver a evolução do Sistema e a quantidade de serviços prestados à comunidade, que o SUS realizou. Dessa maneira, não se pode descartar que o momento é histórico. Antônio Alves já fez um resgate da 8ª Conferência Nacional. Disse para se fazer da XV Plenária, um modelo daquilo que foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde e conclamou todos e todas a sair em massa, com a adesão do deputado Paulo Rubem que convidou a ser o porta-voz desse batalhão de militantes da Saúde Pública do Brasil para que todos juntos possam abrir as portas do Congresso Nacional e ter a Emenda Constitucional nº 29 definitivamente regulamentada..

Essa é a bandeira que o Conasems levanta é a bandeira de todos, porque se tem um problema no Sistema Único de Saúde, além de problemas de gestão, de problemas de carreiras, de problemas assistenciais, de problemas de falta de leitos, tem-se o problema crônico do subfinanciamento. E, os municípios estão dando o exemplo positivo, pois 95% dos municípios do Brasil cumprem a Emenda Constitucional nº 29, mesmo que ela não esteja regulamentada. E, além de cumprir, também, já lançou no Sistema de Informação de Orçamentos Públicos de Saúde, de fato, somente o que é gasto em saúde. Falou, ainda, da necessidade de banir o gestor que não cumpre a EC nº 29, porque, infelizmente, no meio de muitos, ainda tem muita laranja podre.

Dessa maneira, já foi superado nesses 20 anos, as normatizações. Mas, que naquele momento, que acredita ser um momento histórico, que o Conass, o Conselho Nacional e todos os representantes dos 5.564 Conselhos Municipais de Saúde do Brasil tenham que retornar às suas bases municipais e radicalizarem por completo para que o pacto pela saúde seja, de fato, o norteador das políticas de saúde do Brasil. Que se acabe com a fragmentação de transferências de recursos, que isso ainda é o que leva muito a falcaturas e a fraudes, infelizmente. Não se pode ser demagógico e colocar uma venda nos olhos. Isso ainda existe, mas temos que bani-la.

Um ponto que gostaria de deixar para todos, e o Conass tem sido parceiro, juntamente com o ministério é: que para que esse SUS tenha muito mais de 20 milhões de motivos para dar certo ou para comemorar é o fortalecimento da Atenção Básica. O fortalecimento da Atenção Primária. O fortalecimento do Programa Saúde da Família para que, de fato, não se tenha somente mais doentes a atender e que a Secretaria de Vigilância e Saúde, que já está desempenhando seu papel, cresça, cada vez mais, para fazer Programas de Promoção e Prevenção para não ter pessoas doentes.

O ministro colocou o dedo numa ferida extremamente dolorida, que foi o problema do álcool, da drogadição, mas não esquecer do combate ao tabagismo, da prática das atividades físicas e das normativas de alimentação e nutrição. Fazer desse tripé o norte das ações de saúde, para que nos próximos anos, agindo dessa maneira ir além de comemorar a imensidão de partos, de transplantes, de doações, de medicamentos fornecidos, de conquistas históricas, extremamente, científicas, e comemorar, também, aquilo que as bases estão fazendo de mais sério, que é a valorização do trabalho do agente comunitário, casa a casa, a vinculação das equipes de saúde da família, com cada um dos cidadãos deste imenso Brasil, a vinculação e a humanização do atendimento à saúde, nas unidades, para que 100% dos nossos trabalhadores atendam aos usuários da maneira como gostariam de ser atendidos.

Dessa maneira, tem a plena convicção, de conseguir essas conquistas, e assim dizer: valeu XV Plenária. Desejou que esses três dias grandiosos sejam de luta de todos os eixos e ações norteadoras do pacto, que sejam discutidos, mas que o financiamento, além de tudo, seja desmascarado, desmistificado e, acima de tudo, cumprido pelas três esferas de governo. Uma boa Plenária a todos.

Continuando os trabalhos, Joaquina de Araújo Amorim convidou o representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Agostinho Moro, da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso para sua saudação. Agostinho Moro cumprimentou todos os componentes da mesa dizendo que depois da fala do Nardi ficava até difícil falar um pouco sobre o SUS. Mas, também, queria fazer um cumprimento especial, em nome da conselheira Clélia, que é a vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso e, em seu nome, cumprimentar a todos da comitiva do seu Estado presente. Disse que no Estado de Mato Grosso, não se tem medido esforços para o fortalecimento do controle social, porque lá acreditam que o controle social é um importante instrumento para fazer, com que as políticas públicas sejam implementadas e garantido o acesso aos usuários.

E, nesses 20 Anos do SUS, como já foi colocado, tem feito inúmeras discussões em torno daquilo que já foi implementado e daquilo que ainda falta ser implementado. E, não tem dúvida nenhuma de que o SUS, nesses 20 anos, cresceu muito, avançou e que hoje tem acessibilidade ao serviço, porém, ainda com inúmeros desafios, principalmente, nos Estados da Amazônia Legal, nos Estados do Nordeste Brasileiro, onde as diferentes regiões precisam ser tratadas, também, de forma diferente.

E, uma das questões, que acredita precisa ser tratada, junto com o Ministério, Conasems é a questão de uma política diferenciada para, de fato, fixar profissionais no interior dos estados, nos municípios, para ter as condições de ofertar o serviço aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Dizendo que o Conass, juntamente, com o Conasems têm trabalhado muito na questão da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. Disse que a Emenda Constitucional nº 29, ela só, não poderia garantir maiores recursos e melhorar o financiamento. Até porquê como colocado pelo Nardi quase que 100% dos municípios brasileiros cumprem a Emenda Constitucional nº 29 no que tange ao percentual da aplicação dos recursos, assim como, também, boa parte dos estados. Mas, também, precisa regulamentar a Emenda Constitucional nº 29 para que, de fato, ela discipline aonde é que os recursos da saúde pública têm que ser aplicados. Porque muitos gestores, muitos prefeitos, muitos secretários ainda deturpam a forma de aplicação dos recursos da saúde pública e, por isso que, muitas vezes, as ações não são executadas, porque o recurso não dá, porque, de fato, ele não é aplicado. Então, a Emenda Constitucional nº 29 tem que disciplinar, de fato, onde o recurso tem que ser aplicado e acredita que, com isso, também, se possa ter um melhor

disciplinamento dessas questões.

E o Conass juntamente com o Conasems, também, esta buscando fazer com que as políticas públicas que são necessárias para o fortalecimento do SUS sejam efetivamente implementadas.

E, juntamente, com o Ministério, com o Conasems tem, mensalmente, discutido essas políticas públicas para fazer com que, o que o SUS preconiza, seja, de fato, cumprido.

Fez um alerta aos senhores conselheiros, reforçando o que já foi dito pelos que o antecederam, que, no momento de transição com os gestores municipais é importante que os que estão lá na ponta representando a sociedade brasileira, o usuário do Sistema Único de Saúde fiquem muito atentos para que as ações que estão sendo desenvolvidas não sejam interrompidas, em função de uma transição de gestores. Porque todos sabem das dificuldades para se implementar a política pública, de capacitar o servidor, que está lá na ponta trabalhando e, muitas vezes, a troca de gestores desmonta toda uma estrutura que vem sendo montada há anos. E os Conselhos Municipais têm um papel importantíssimo de fazer com que haja garantia da continuidade das políticas públicas já implementadas.

Também, se deve buscar alternativas na questão da valorização dos servidores da saúde pública, porque, juntamente, com o SUS, que é o grande patrimônio, o servidor, o profissional da saúde pública, também, é o grande patrimônio que o município, que o estado tem, porque são eles que fazem a saúde pública acontecer, de fato.

E nesse sentido, disse ao presidente Francisco Batista Junior, enquanto Conass, se colocando à disposição para que, conjuntamente, com o Conselho Nacional, o Conasems, Ministério da Saúde estejam sempre de mãos dadas na busca do fortalecimento, de dar a implementação das políticas públicas de saúde e, sem dúvida nenhuma, se não for garantida a implementação efetiva do pacto, poderá haver regressões nesses avanços. Portanto, a implementação do pacto, também, é importantíssima e os senhores, também, têm um papel importante lá nos municípios, fazendo com que, os municípios que ainda não aderiram ao pacto, façam a sua adesão para que, o mais breve possível o Pacto pela Saúde esteja consolidado em todo o Brasil.

Finalizando desejou a todos os presentes uma plenária excelente que saiam encaminhamentos propositivos e que as discussões dos eixos sejam, de fato, discussões que vão trazer, efetivamente, o fortalecimento e que, de uma vez por todas, o SUS seja fortalecido e visto como o grande plano de saúde nacional e que ele sirva como exemplo para o mundo todo. Muito obrigado.

Joaquina de Araújo Amorim – Convidou, então, o deputado federal de Pernambuco, Paulo Rubens Santiago, para fazer uso da palavra.

Paulo Rubens Santiago – Cumprimentou os integrantes da sala de visitas, já que não era uma mesa redonda, saudou todas as delegações, em especial os companheiros e companheiras de Pernambuco, presente no evento.

Disse ser membro titular da Comissão de Seguridade Social e Família, comissão esta que tem a missão de discutir, analisar, debater e acompanhar, a Gestão da Saúde, da Previdência e da Assistência Social no país. Que foi um dos relatores da CPI das Ambulâncias que, há dois anos, revelou para o país os esquemas criminosos, que aconteciam nas diversas cidades do Brasil, promovidos por maus gestores e por alguns dos membros da Câmara dos Deputados, que se valiam da aprovação e do envio de recursos de Emendas Parlamentares para a prática da corrupção em diversos municípios.

Que há quatro anos, numa ação conjunta com o deputado federal Antônio Carlos Biscaia, do Rio de Janeiro, propôs a criação na Câmara dos Deputados, da Frente Parlamentar de

Combate à Corrupção e, em nome desta Frente, participará, na primeira quinzena do mês de dezembro, de um Seminário Nacional, em Brasília, que discutirá o fortalecimento do Controle Social e da auditoria nas ações do SUS em todo território nacional.

Também é autor de um projeto de lei que propõe, sejam considerados crimes hediondos, os atos administrativos que impliquem no desvio de recursos, na prática da corrupção com os recursos da saúde, da educação, do saneamento e da alimentação escolar. Disse que muitos dos presentes já receberam, nos seus municípios, a visita dos auditores do SUS, como também da Auditoria, da Controladoria Geral da União. Lamentou, que na Plenária de Saúde, para ele, que é profissional da educação, ver no país, que os dois campos das políticas públicas que mais tem indicado atos de corrupção e desvio de finalidade na aplicação dos recursos públicos, segundo o balanço das auditorias da Controladoria Geral da União são exatamente os campos da educação e da saúde pública, sobretudo, na esfera dos municípios.

Por isso, o fortalecimento do controle social, a integralização das ações de formação, capacitação dos conselheiros municipais e estaduais da saúde são tarefas inadiáveis. Citou os companheiros de Pernambuco e o companheiro João Batista do Conselho Municipal de Saúde, do município de Garanhuns, no agreste de Pernambuco, presentes no evento, que, há dois anos, o convidaram para contribuir no processo de capacitação sobre o orçamento público e gestão do SUS, naquele município. Dizendo que, Garanhuns é uma cidade de 140 mil habitantes e os integrantes daquele conselho se ressentiam, havia dois anos, de uma formação habilitada, que lhes permitissem, na relação com a gestão pública do município discutir, avaliar, controlar, zelar pelo patrimônio público, que se chama SUS, mas, sobretudo, pela correta e eficiente aplicação dos recursos públicos. Se isso acontece num município de 140 mil habitantes, que hospeda em seu território uma universidade federal e uma universidade estadual imaginem cada um e cada uma de vocês, o que não está acontecendo nas cidades pequenas, onde, de cada cinco cidadãos, que moram no município, quatro dependem direta ou indiretamente dos serviços da gestão pública municipal.

Então, esse é um compromisso que, não só ele como deputado federal, da Comissão de Seguridade Social e Família, mas, os diversos outros deputados e deputadas, senadores e senadoras têm se empenhado, têm assumido o compromisso, de levar adiante um processo de consolidação do SUS, um processo de consolidação do controle social.

E, nestes 20 anos do SUS, destacou, também, a comemoração por outras conquistas, algumas que não completaram ainda 20 anos, mas que são conquistas associadas a dignidade da vida, a plenitude da vida e ao fortalecimento das ações de saúde.

Nos 20 Anos da Constituição de 1988, nos 20 anos do SUS, também se comemora dezoito anos do Estatuto da Criança e do Adolescente e sete anos do Estatuto das Cidades que não só estabelece normas de planejamento urbano, de desenvolvimento urbano imprescindíveis para a vida plena de cada cidadão que mora nos nossos municípios. .E que também determina que nenhum orçamento público pode ser discutido e aprovado numa câmara municipal sem que seja precedido de audiências públicas. E pergunta. Nesses sete anos do Estatuto das Cidades em quantos municípios do Brasil as câmaras municipais realizaram audiências públicas? Porque não basta que a política de saúde avance se não houver uma política municipal de meio ambiente, uma política municipal de habitação de interesse social, uma política municipal de agricultura familiar, uma política municipal de saneamento, uma política municipal vinculada ao plano estadual e nacional de segurança pública. Também se comemora o que é ainda uma criança, quase recém nascida, os três anos da reconstrução de uma política nacional de habitação com a criação do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social. Essa criança que quase não aprendeu a andar, que é a nova lei de

saneamento, que rompe definitivamente com a ditadura das companhias estaduais de saneamento que há mais de 30 anos tratava os municípios como esmoleas, como pobres de quinta categoria, impondo ou não dando satisfação, por meio das empresas estaduais, as ações municipais de saneamento, de drenagem, de coleta e tratamentos de resíduos sólidos. Pois foi a partir da Lei 11.445 que cada município que realiza sua Conferência Municipal de Saúde, que constitui seu Conselho Municipal de Saúde, que define, acompanha, controla, avalia, fiscaliza e denuncia a boa ou a má gestão de saúde, é a partir dessa lei que os municípios também podem ter autonomia e protagonismo na promoção das ações básicas de saneamento, do abastecimento de água, a coleta, o tratamento adequado, destinação final do esgoto sanitário e a correta disposição final dos resíduos sólidos, elementos intimamente vinculados a defesa da vida e a boa qualidade de vida de cada um de nós.

E para encerrar deixou uma contribuição em forma de cordel para cada um e cada uma dos presentes.

*Nesta Plenária gigante,  
gente de todo País,  
chega a Brasília e afirma,  
o sonho que sempre quis.  
Uma saúde decente,  
sinal de cidadania  
do primário ao terciário  
para superar a agonia.  
Nos conselhos dia a dia,  
nas Conferências também,  
enfrentando duras lutas contra o descaso e o desdém.  
Denunciando os desvios e a corrupção também.  
Por isso, firmes na luta, pelo SUS e pela vida,  
com força e organização, fazer a tarefa cumprida.*

Francisco Batista Junior - Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Iniciou se dizendo um nordestino, mas não sabe fazer bonito assim como o Deputado Paulo Rubens fez. Morou em Recife um tempo quando fazia mestrado, e Paulo iniciava como professor de Educação Física e sua vida política também. Convivendo em Recife é muito comum as pessoas terem essa facilidade, de fazerem repente, poesia e mas ele Junior se esforçava muito e não conseguia.

Disse que na semana passada participou de dois momentos de avaliação dos 20 anos do SUS. Um dos momentos na Comissão de Seguridade Social e Família e o outro momento no Itamarati, por ocasião da Mostra do Milênio, onde foi debatido as metas do milênio que estão sendo construídas, com a participação, com mais de 40 países presentes. Quando entrou no Itamarati o evento já havia começado e fez uma fala de 15 minutos a respeito do Controle Social, a respeito do SUS. Depois soube no intervalo quando vieram lhe falar: “rapaz você colocou água no chopp porque até você chegar todos estavam convencidos que o SUS é a oitava maravilha do mundo, tudo perfeito, e você mostrou um monte de coisa que não é exatamente assim”.

E na Comissão de Seguridade Social, o Jurandir Frutuoso que é do CONASS disse-lhe: “você foi muito bem no Itamarati, mas aqui não seja tão radical”. Quer deixar bem claro que reafirma o Sistema Único de Saúde com todos os seus avanços, pois tem escrito muita coisa a respeito do SUS, onde procura se contrapor ao fácil discurso de setores

conservadores que tentam passar para a população uma inverdade de que o SUS não presta, de que é para pobres, de que é falido, que são apenas as grandes mazelas, que são filas, que são esperas de mais de um ano, que são corredores superlotados. Lógico que o SUS não é isso.

Falou outro dia na Comissão de Seguridade Social que - se queremos fazer uma avaliação correta, temos que ter cuidado. É preciso entender a complexidade que é este imenso país, onde as diferenças não existem apenas entre as regiões, existem entre os próprios municípios. Um município encostado no outro com realidades socioculturais e epidemiológicas, distintas, diferentes. Então se pensar um sistema como o SUS não é uma coisa simples, é coisa difícil, complexa. Se pensar um sistema revolucionário, onde o que grassa é a corrupção, onde o que grassa é a utilização do público pelo privado, é o interesse de grandes corporações e grandes grupos organizados quando o SUS prega exatamente o inverso, prega a democratização, prega a radicalização da democracia, então não é simples. E outra coisa. A absurda cultura conservadora que tem no nosso País. Estava sentado ali observando lá no fundo e lá tem um Posto Médico montado. Quer coisa mais conservadora que isto? Será que aquilo é mesmo um Posto Médico ou será mais correto chamarmos de Posto de Saúde? A pessoa quando vai lá, vai ser atendida por um médico ou por um profissional de saúde? Então construir um sistema revolucionário, ambicioso como o SUS numa cultura conservadora como esta é um desafio absolutamente hercúleo.

São 20 anos apenas, e é óbvio que história e cultura não se transformam em 20 anos, e tem que se ter cuidado, em avaliar o SUS, porque tem todas essas grandes dificuldades, as quais o SUS vem resistindo bravamente. “A resistência que nós, que construímos o SUS neste País, fizemos na década passada, uma década neoliberal, foi uma resistência que poucos setores organizados conseguiram. A resistência que nós continuamos fazendo, mesmo num governo avançado como o Governo Lula, também não é fácil”. Tem dito que apesar de todos esses avanços fantásticos, que foi colocado aqui, brilhantemente pelo Antônio Alves, enquanto representante do Ministério da Saúde, pelos secretários estaduais e municipais, tem que se admitir que: “se nós pensamos realmente em ter um SUS plenamente realizado, absolutamente implementado, temos que admitir que apesar desses enormes avanços muita coisa foi feita e construída de forma equivocada, e como muita coisa foi feita e construída de forma equivocada, pra mim, o SUS hoje está com sua capacidade de resolutividade esgotada. Temos que ter coragem de dizer isto, se queremos ter o SUS que merecemos”.

Teve uma reunião com o Diretor do hospital onde trabalha. Uma pessoa séria, comprometida, susista, tem experiência administrativa, formação em gestão, que assumiu a direção do hospital a 30 dias atrás. E ele disse: “Junior, se continuar assim, como está o hospital eu vou entregar a direção, em 15 dias eu vou entregar, estou tentando fazer a coisa certa e não consigo, por “n” motivos”. E continuou dizendo que em seu estado – o Rio Grande do Norte há uma greve de trabalhadores há quase um mês que não tem perspectiva de solução, e a saúde numa crise brutal. Já conversou com o secretário de saúde algumas vezes, e ele já pensou em entregar o cargo várias vezes, e assumiu o cargo só há seis, sete meses.

E diz sempre: “vocês que tem compromisso com o SUS tem que enfrentar a luta, tem que entender que são pessoas como vocês que querem fazer a coisa acontecer que tem a responsabilidade maior”, como é o caso desses gestores que estão aqui. Como estes três gestores que estão aqui, como estes três belos exemplares de gestores do SUS. Porque não dá para entrar naquele discurso de que é gestor, então não presta. Pois a maior parte dos gestores é composta por pessoas sérias, pessoas que tem compromisso, que lutam com uma realidade de forças absolutamente desfavorável.

E continuou: “para reverter as dificuldades que o SUS tem, só tem um caminho: é o fortalecimento da participação social, é o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e é o fortalecimento do Controle Social. Porque esse é um dos vieses mais perversos que existe no SUS, a cultura do autoritarismo, que permeia relações políticas do SUS”.

Gestores que não aceitam sob qualquer hipótese, usuários estarem se contrapondo, dizendo que está errado, que tem que ser feito de outra forma e eles não aceitam isto. “E se queremos ser honestos e temos que ser honestos, dizer que isto está começando no Ministério da Saúde que é o mau exemplo, pois se tivéssemos realmente no Ministério da Saúde, uma gestão comprometida com o controle social não estaria hoje viajando o País e defendendo Fundação de Direto Privado”.

Continuou dizendo que conversando com o Diretor do hospital o mesmo disse: “Estou há 30 dias aqui e lhe afirmo que o problema do hospital não é dinheiro, é gestão e profundos equívocos de condução interna que existem aqui, e que a gente não tem força para se contrapor, pois acabei de devolver 3 médicos para a Secretaria de Saúde porque simplesmente eles acham que não podem e não tem que fazer, o tem que ser feito aqui”. Junior se disse contra esse negócio de devolver profissional que não trabalha para a Secretaria de Saúde. Se ele é diretor do hospital e tem profissional que não trabalha, não vai devolver não. Abre processo e demite, abre sindicância, exonera e acabou. Tem que acabar com essa cultura no poder público.

Não concorda quando se diz que não é falta de dinheiro, porque o sistema é sub-financiado. Para ter um sistema avançado como o SUS não dá para ser com esse financiamento que se tem, não dá para o Governo Federal gastar quarenta e oito bilhões como está gastando este ano, não dá para 17 estados não cumprirem o mínimo da Constituição Federal. Não dá para o executivo estadual e o municipal achar que cumprir a Emenda Constitucional é cumprir o mínimo (se fosse pelos secretários tinha dinheiro para a saúde), não é, tem que cumprir o necessário para viabilizar os serviços.

No Plano Federal há 3 meses atrás o: Ministério da Saúde liberou 77 milhões de reais para a rede. Tudo quanto é hospital público neste País passando miséria sem ter o mínimo para funcionar e atender bem. O natural, e até em obediência à Constituição Federal, é que no momento em que o Ministério da Saúde resolve liberar dinheiro, que libere para os hospitais públicos que estão, desesperadamente precisando de recursos, e não foi isto que aconteceu, pois os setenta e sete milhões foram liberados para as entidades/ hospitais filantrópicos.

O Ministério da Saúde conseguiu descontingenciar pouco mais de 2 bilhões de reais. E é uma ótima oportunidade para começar a fazer, o que tem o mais absoluto consenso do que deve ser feito - fortalecer a Atenção Primária e fala de Atenção Primária porque discorda desse negócio de mais complexos ou menos complexos. Alta complexidade é muito mais para tentar justificar o equívoco de financiar só o que é caro que são os exames mais caros, os procedimentos mais caros. Alta complexidade é feito, inclusive, e principalmente, na Atenção Primária. Porque não é qualquer profissional que está devidamente qualificado para atender na atenção primária infelizmente não é reconhecido, e ele infelizmente não é remunerado bem, não é valorizado. Só é valorizado quem trabalha com procedimentos bem caros. Infelizmente no Brasil temos a cultura de que o mais complexo é o mais caro, e não é. Dos dois bilhões que foram descontingenciados, Noventa por cento foram para os procedimentos de alto custo que estão concentrados na iniciativa privada, que é quem mais lucra com a saúde neste País, mais que a população.

Para concluir, tem o Projeto 67/2008 do Ministério da Saúde que está na Câmara Federal que trata de crédito suplementar e propõe acrescentar ao orçamento da FUNASA, duzentos e seis milhões de reais. Acha que a FUNASA tem que ter dinheiro mesmo. Acha que



merece mais dinheiro. Ela tem um papel a cumprir, um papel importante e tem que cumprir com recursos financeiros. Agora não dá para destinar recursos para a FUNASA cortando de determinados setores, que eles sejam pelo menos garantidos. E de onde o governo está tirando dinheiro para financiar a FUNASA?

O Conselho Nacional de Saúde tem uma boa parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Mas o orçamento dessa secretaria é o menor orçamento do Ministério da Saúde - 80 milhões de reais, e desse dinheiro que já é pouco, resolveram tirar cinco milhões e sessenta e um mil reais da ampliação das práticas de gestão participativa, de controle social e de educação em saúde. Tiram dinheiro exatamente de onde menos tem e onde mais precisa para formar, qualificar, fortalecer o sistema. Então não pode dizer que está tudo bem, porque não está. Principalmente depois da 13ª Conferência Nacional de Saúde, é que tem que superar essa lógica, porque, infelizmente “fomos derrotados no modelo de atenção”. Porque nesses 20 anos não se conseguiu avançar nesse sistema de saúde. Continua sendo um modelo de saúde de tratamento de doença. Para se ter essa inversão e efetivamente possibilitar o sistema de saúde as ações de promoção à saúde são fundamentais. Porque para garantir os recursos adicionais para a FUNASA, o Ministério da Saúde está tirando cento e noventa e três milhões e sete mil reais do Programa de Imunobiológicos para Prevenção e Controle de Doença.

E concluindo, “a Plenária tem que aprovar um documento contrário, a essa situação que fere frontalmente os Princípios do SUS. Segundo: pedir ao Deputado Paulo Rubens que possa nos ajudar neste processo. Terceiro: que possamos nesta Plenária continuar o que começamos na 13ª Conferência Nacional de Saúde de fortalecimento da participação social, de fortalecimento dos Conselhos de Saúde, de fortalecimento do controle social, do SUS. E tenho certeza absoluta de que a partir da participação de vocês, e muitos não acreditavam nisso, pois diziam que em função das eleições, os gestores não vão mandar ninguém, os conselheiros estão desmobilizados, vamos ter umas 200 pessoas. E a presença de vocês aqui é a prova cabal que temos um patrimônio que é a nossa mobilização que tem que ser fortalecida cada vez mais.

Segundo informação de Antônio Alves a proposta de modificação foi feita na Comissão de Orçamento da Câmara Federal

Em seguida, como parte da programação, os conselheiros e conselheiras seguiram em passeata até o Congresso Nacional onde foram recebidos pelo Presidente da Câmara dos Deputados que se comprometeu trabalhar para aprovação da Emenda Constitucional nº 29 e pela retirada do Projeto de Lei nº 092 de 2007.

Na sequência da programação foi feita a Leitura e Aprovação do Regimento Interno da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Coordenador de mesa: Carlos Roberto Rodrigues - Coordenação de Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde pelo Paraná e como Relatora: Maria Maruza Carlesso - Coordenação de Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde pelo Espírito Santo. Após a leitura, destaques, discussão e votação foram alterados os seguintes Artigos: 2º, 9º e 14, sendo o restante do Regimento aprovado na íntegra e que consta do Anexo I como ficou aprovado.

No dia 27/11/2008 os trabalhos foram iniciados com a Mesa 1 com o Tema: FINANCIAMENTO DE SAÚDE: REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29 e os Expositores: Luciene Pereira da Silva – Tribunal de Contas da União – TCU; Pepe Vargas - Deputado Federal PT/RS; Renato Almeida de Barros – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde por Minas Gerais; Fernando Luiz Eliotério – Coordenador

Adjunto da Comissão de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS; Coordenação de Mesa: Maria Inez Dolzane Reis – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Pará; Relatora: Jacqueline da Silva Dutra – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Rio Grande do Sul

### **RENATO ALMEIDA DE BARROS**

Iniciou fazendo um breve histórico desde a era Collor quando àquela época o Presidente vetou artigos da Lei nº 8080/90 que garantiam o Controle Social, posteriormente aprovados na Lei nº 8142. Falou dos percentuais de investimentos em saúde definidos pela Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, para a União, Estados e Municípios. Falou do Projeto de Lei Complementar 01/2003, de autoria do Deputado Roberto Gouveia PT/SP que regulamenta a EC nº 29, que ele Renato, considera “a Bíblia da Saúde” citando como pontos principais que a União terá que investir 10% de suas receitas correntes brutas, e que Estados e Municípios terão que investir, no mínimo, 12% e 15%, respectivamente, dos seus orçamentos próprios em saúde. Explicou que o Projeto define o que são gastos em ações e serviços de saúde. Expôs para o plenário quais são os nossos desafios:

- Retomar o conceito constitucional de Seguridade Social, alinhando a Saúde, Previdência e Assistência Social (SUAS), visando a retomada do financiamento seguro, que foi rompido no governo Itamar, pelo ex Ministro da Previdência Antonio Brito-RS;
- A regulamentação imediata do artigo 35 da Lei Federal 8.080/90 que aponta critérios epidemiológicos para o financiamento da saúde;
- A efetivação de todos os preceitos legais do SUS;
- A garantia de suficiência própria da gestão pública do SUS, eliminando alugueis desnecessários e implantando serviços próprios para depois recorrer à rede complementar, conforme portaria GM/MS 3277 de 22 de dezembro de 2006, que disciplina a contratação desses serviços pelo SUS com Controle Social;
- A pactuação de indicadores e metas para realização e pulverização das Plenárias de Conselhos de Saúde, visando ampliar a avaliação do controle social e a efetiva mobilização e participação social;
- A ampliação do acesso a ações e serviços de saúde;
- O fortalecimento da Atenção Básica, exigindo seu pleno funcionamento universal;
- Definir os mecanismos de punição aos gestores que insistem descaradamente em descumprir a Constituição Federal, não aplicando os recursos;
- Garantir atenção na média e alta complexidade a toda população;
- Reduzir as iniquidades e implementar o fator amazônico, respeitando as desigualdades regionais;
- Priorizar a Promoção da Saúde na reversão do modelo de atenção;
- Financiar as políticas estabelecidas no SUS;
- Implementar medidas de qualificação da gestão e aprimoramento do Controle Social;
- Executar em todos os níveis a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- Promover uma ampla reforma tributária, que seja redistributiva de receitas, e divida os lucros do mercado especulativo e do grande capital e;
- Promover o Orçamento Participativo, como forma pedagógica de aplicação de recursos e definição de prioridades.

Finalizando defendeu o Projeto de Lei nº 306 e seu Substitutivo, inclusive a adoção da Contribuição Social da Saúde.

### **FERNANDO LUIZ ELIOTÉRIO**

Iniciou apresentando uma série de dificuldades conjunturais do financiamento, percorrendo

sobre as bases legais, em especial a Lei nº 8080/90 que em seu Artigo 36 expressa que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se com as necessidades da política de saúde, com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União. E que em seu Parágrafo 1º define que os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e que seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

Afirmou que a Lei de Responsabilidade Fiscal contribui para o aprimoramento do processo orçamentário, uma vez que coloca o planejamento como instrumento essencial para determinar as prioridades de recursos. Ainda, que o Plano Plurianual - PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e a Lei Orçamentária Anual - LOA são fortes instrumentos para o acompanhamento do financiamento.

Que não há possibilidade de construir o processo orçamentário sem antes definir que é necessário pensar e planejar programas, objetivos, metas e indicadores de avaliação.

Falou, ainda, dos instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle da EC nº 29 - É fundamental estabelecer um sistema de acompanhamento dos programas, dos projetos/atividades estabelecidos no PPA, na LDO e relacionados na LOA, de forma a garantir que os responsáveis prestem contas, considerando as metas definidas, os prazos e os resultados esperados.

O primeiro instrumento é o SIOPS – Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde, que tem seu preenchimento obrigatório, com necessidade de um Relatório Resumido de Execução Orçamentária – para responder a EC nº 29 deve ser publicado o “Demonstrativo da Receita de Impostos e das Despesas Próprias com saúde – Municípios”, com base no SIOPS. E a periodicidade é semestral.

O segundo instrumento é o Plano de Saúde e Relatório de Gestão – que a partir de 2000, ambos documentos tem que conter os indicadores do SIOPS. O relatório de gestão é o instrumento essencial para a avaliação dos recursos aplicados nos programas em saúde e deve ser compatível com o plano de saúde, demonstrando sua relação com as metas, os resultados e a aplicação dos recursos planejados. Estes instrumentos devem ser submetidos ao Conselho de Saúde correspondente e por ele aprovado.

Falou, também, como o conselho de saúde faz o acompanhamento e a fiscalização - A lei federal nº 8.142/90 definiu que o Conselho de Saúde é o instrumento de participação dos segmentos da comunidade na gerência do SUS, atuando “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros...” (parágrafo 2º do artigo 1º). O papel do Conselho de Saúde tem sido importante instrumento ao longo do processo de implementação do SUS, tanto que a Emenda Constitucional nº 29 - que vinculou impostos e transferências constitucionais para aplicação de recursos em saúde -, determinou que o acompanhamento e fiscalização dos recursos do fundo de saúde fossem exercidos pelo Conselho de Saúde. A Prestação de contas deverá ser feita de acordo com a Lei nº 8.689/93 e Decreto Federal nº 1.651/95 que expressa: “o gestor do Sistema Único de Saúde, em cada esfera de governo, apresentará, trimestralmente, ao Conselho de Saúde e em audiência pública nas câmaras de vereadores, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e fonte de recursos aplicados, auditorias, serviços produzidos no próprio e contratado” (lei nº 8.689, de 27-7-93, art.12).

Prosseguindo falou da Comissão de Finanças - A COFIN/CNS tem aprovado no seu plano de trabalho a realização de oficinas de orçamento e finanças em todas regiões, sendo que a primeira foi realizada com muito êxito em Fortaleza, e existe previsão de se realizar a segunda na região sul em fevereiro e as demais regiões serão agendadas. As Comissões

de Orçamento e Finanças nos Conselhos de Saúde têm como objetivo promover e fomentar ações, treinar e capacitar conselheiros (as), para que exerçam suas atribuições de forma eficiente, além de incentivar a criação de Comissões de Orçamentos e Finanças nos Estados e Municípios onde não existam. Para a realização da primeira oficina contou-se com importantes apoios da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, DENASUS, Sistema de Informações de Orçamento Público em Saúde, Fundo Nacional de Saúde, Comissão Intersectorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, conselheiros nacionais, técnicos, Conselhos Estaduais e Municipais e os membros da COFIN/CNS.

No ano em que o SUS completa 20 anos, uma das principais metas é a sensibilização para a importância do entendimento do tema orçamento e financiamento da saúde. Falou ao encerrar sua apresentação, do trabalho desenvolvido pelo Assessor Francisco Funcia, sobre os reflexos da Crise do modelo capitalista, onde deparou com o dado de que no Brasil, há vários políticos que torcem para a tal crise se instalar, visando fortalecer a Oposição ao Governo atual no nível federal, e que é responsabilidade de todos, extirpar este tipo de política na sociedade.

Por fim defendeu e desejou uma ótima plenária para todos.

#### **DEPUTADO FEDERAL PEPE VARGAS**

Expressou a importância de se fazer um breve histórico, lembrando que antes do SUS a saúde era financiada pelo orçamento fiscal, que era pouco, sendo que o grosso desse financiamento vinha do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social. Era o recurso do segurado que financiava a saúde. Tinha cidadão que era segurado e que tinha acesso à saúde e o cidadão que não era segurado e ficava na porta da caridade.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em suas recomendações, ao mesmo tempo que defendia os Princípios que foram materializados no SUS de Universalidade, Acesso, Equidade, Descentralização, Integralidade, Controle Social, etc, recomendava, e depois foi materializado na Constituição Federal, que o orçamento da saúde fosse através do recolhimento de impostos e que as Contribuições Sociais que viessem a ser criadas financiariam a Assistência e Previdência Social.

Mas na Constituição Federal de 1988, o conceito de Seguridade Social, como direito do cidadão, a partir da articulação entre saúde, assistência e previdência e mais a Constituição Federal 1988 colocou no seu Art. 55 - Ato das Disposições Constitucionais e Transitórias, que a saúde deveria ser financiada com 30% do orçamento da Seguridade Social, diferente do que recomendava a VIII Conferência Nacional de Saúde.

Em 1990, 1991 e 1992 a Lei de Diretrizes Orçamentárias da União recepcionou o Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais e Transitórias prevendo os 30% e em 1991 o Plano Pluri Anual deu uma reduzida para 25% das Contribuições sobre a folha de salários que deveria ser designada para a saúde.

Em 1992, fruto dessa situação que na prática não se viabilizou os 30% para a saúde, a saúde entrou em colapso e obrigou o Ministério da Saúde a recorrer a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador para custear as ações e serviços de saúde.

Em 1993, a Lei Orçamentária Anual reduziu a proposta de contribuição sobre a folha para 15,5% das contribuições sobre a Folha de Salários e só que em 1993, o Ministério da Previdência se recusou a repassar esses valores alegando que a folha era para pagar aposentados, a previdência e outros benefícios previdenciários e novamente colocou a saúde na lona. E nesse momento uma Resolução do CNS propôs que 30% do orçamento da Seguridade Social, e mais 10% da receita de impostos do Governo Federal, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios deveriam financiar a saúde.

Nesse processo se começou a discutir uma contribuição específica para a saúde o que ele chama a “Saga da CPMF”, quando em 1996, a EC nº 12 criou a Contribuição Provisória Movimentação Financeira, tida anteriormente como IPMF (Imposto) com alíquota 0,20 % destinada exclusivamente para a Saúde.

Em 1999, a CPMF foi renovada na EC nº 21 que aprovou 0,38 % de alíquota em 12 meses, sendo 0,20% para a saúde e 0,18% Previdência e depois ficaria 0,30 %, sendo 0,20 % saúde, sairia a Previdência.

Em 2002, uma nova emenda - a EC nº 37 definiu que dos 0,38 % da CPMF - 0,20% seria a alíquota da CPMF para a saúde, 0,10 % para a Previdência e 0,08 % para o Fundo de Erradicação da Pobreza. E esta mesma emenda dizia que em 2004 ficaria só 0,08% para o Fundo de Erradicação da Pobreza e em 2005, a CPMF seria extinta.

Mas em 2003, a EC nº 42 renovou a CPMF até 2007 e definiu que seria 0,38 %, mantendo 0,20% de alíquota da CPMF para a saúde, 0,10 % para a Previdência e 0,08 % para o Fundo de Erradicação da Pobreza e em 2007, a CPMF seria extinta.

Em 2007, mais uma vez se tentou renovar a CPMF que foi aprovada na Câmara e rejeitada no Senado foi extinta. A CPMF daria uma receita de R\$ 40 bilhões em 2008.

Em 2007, dos aproximadamente R\$ 44 bilhões que a saúde gastou, em torno de R\$ 18 bilhões vieram da CPMF e R\$ 9,8 bilhões foram para a Previdência Social. Significa que para pagar benefícios previdenciários teve que além das contribuições próprias da Previdência, R\$ 35,8 bilhões de outras fontes tiveram que custear as ações da Previdência e a diferença dos R\$ 44 bilhões para os R\$18 bilhões da saúde também tiveram que vir de outras fontes.

Começou-se a discutir também a Emenda Constitucional nº 29/2000 que previu - 15% da receita dos Municípios para a saúde e 12% da Receita Tributária Líquida dos Estados e para a União, não menos que o índice investido no ano anterior mais a variação nominal do PIB e definiu que uma Lei Complementar regulamentaria essas questões..

Essa lei complementar é a famosa Lei Complementar nº 01/2003 apresentada pelo Deputado Roberto Gouveia do PT-SP e que depois foi relatado pelo Deputado Guilherme Menezes - PT/BA num substitutivo fantástico, uma verdadeira “Bíblia da Saúde” que foi votado em 2007 e ficou mantido 15% para os Municípios e 12% para os Estados e se manteve o critério da variação nominal do PIB para corrigir o investimento do ano anterior, porém com um “plus”, um valor a mais que seria obtido a partir da CPMF que seria ali uma regra de 10,17% em 2008 que evoluiria até 17,37% em 2011 e isso significaria num período de 4 anos um acréscimo além do valor normalmente previsto pela variação nominal PIB em torno de R\$ 24 bilhões a mais para a saúde.

Foi aprovado na Câmara o PLC nº 01/2003, foi para o Senado, que ainda não apreciou este projeto, optando por apreciar outro projeto do Senador Tião Vianna. Assim, em dezembro de 2007, o Senado rejeitou a proposta de CPMF e ao mesmo tempo, que extinguiu a CPMF, tirou a receita de um lado e do outro lado definiu que seria 10% da receita, mas mudou uma série de coisas importantes no projeto. O projeto aprovado no Senado voltou para a Câmara dos Deputados onde o Dep. Pepe Vargas foi designado relator nesse 1º semestre.

O que é o projeto?

- Define montantes mínimos dos três entes federados; mantém 15% para os municípios e 12% para os estados, a variação nominal do PIB corrigindo o investimento do ano anterior para a União, porém com a proposição de uma nova contribuição.
- Disciplina os critérios de rateio entre os entes federados; como vai ser a divisão, o repasse.
- Estabelece normas de fiscalização e controle social mais rígida com a sociedade civil fiscalizando o dinheiro da saúde e os órgãos de controle.
- Define quais despesas podem ser consideradas como despesas em Ações e Serviços

Públicos de Saúde e quais não podem adotando, praticamente na íntegra, a Res. nº 322/2003 do CNS. Desta forma contribuindo para orientar os gestores estaduais que além de não cumprirem a emenda, ainda consideram como despesas ações e serviços que não são ações de saúde. Com esta regulamentação teríamos instrumentos mais efetivos para fazer esta cobrança.

E o que é Contribuição Social para a Saúde - CSS

- Semelhante a Contribuição sobre Movimentações Financeiras, porém com uma alíquota diferente. Alíquota de 0,1% quando a CPMF era 0,38%. Toda arrecadação com a CSS será destinada ao Fundo Nacional de Saúde, não vai para o caixa geral do governo, diferente da CPMF. Isenção para quem ganha até R\$ 3.038,00, teto máximo pago pela Previdência portanto, 95% empregados formais, aposentados e pensionistas, beneficiando 140 milhões de brasileiros que utilizam exclusivamente o SUS, mesmo os que tem planos de saúde.

Importante acompanhar a Reforma Tributária porque ela tem impacto na Saúde. Prevê o fim da Guerra Fiscal, portanto, a renúncia fiscal de ICMS que os estados praticam deixa de existir. Isto significa que os estados vão ter mais dinheiro para aplicar os 12% dos estados e como os 25% do ICMS é dos municípios também aplica mais 15% sobre o montante maior de receitas dos estados e municípios. Implanta a Nota Fiscal eletrônica que reduz a sonegação aumentando a arrecadação de impostos sobre a qual incide o percentual mínimo da saúde. Desoneração da Folha de Pagamento de 20% para 14% da contribuição do empregador para a folha aumentando a formalidade. Isso exige que seja compensado para o Fundo de Regime Geral de Previdência Social para que a Previdência não tenha perdas; Há extinção das Contribuições Sociais como a Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido que vai para o IRPJ; o PIS, COFINS, Salário Educação que vão para um novo imposto chamado IVA-F. A receita da COFINS e da CSSL ficariam compensados com 39,7% do IPI mais IR mais IVA-F. Isto muda a forma de cálculo do financiamento da Seguridade.

E quais são os problemas?

1) Não permitir tributar diferenciadamente setores de atividade econômica com maior lucro e menos incentivos em uso de mão de obra, isto significa ter mais ou menos dinheiro para a seguridade social.

2) O relatório que foi votado na comissão prevê a Desvinculação das receitas dos Estados, isto é, o dinheiro que os estados aportam de seu ICM para Fundos de Desenvolvimento e que não são computados para o cálculo dos 12% o que significa redução dos recursos aplicados em saúde.

Citou, em seguida, sob sua ótica, quais os Desafios do SUS para um Sistema de Saúde Universalizado e Humanizado:

I – Financiamento e cumprimento da EC nº 29

II – Modelo tecnoassistencial - com uso Intensivo de Tecnologias Duras versus Tecnologias Leves/Duras, e Hospitalocêntrico versus Atenção Básica mais Educação em Saúde mais Rede Hierarquizada;

- Sistema Público mais Privado Complementar versus Privado versus Público Comprador;

III – Modo de produção do cuidado em saúde que seja centrado no modelo centrado na Equipe Multiprofissional versus Modelo centrado no médico; Vínculo, Acolhimento e Responsabilização versus Massificação e Despersonalização; Formação Profissional e Educação Continuada.

IV – Gestão: Administrativa, Financeira, Pessoal, Formas Jurídico-institucionais da Administração Pública.

Encerrou sua fala dizendo que “como conselheiros nós temos que discutir também não só o dinheiro da saúde, mas também o dinheiro da habitação, do saneamento, da educação, porque as ações e serviços públicos de saúde vão financiar as ações e serviços públicos de

saúde, mas os condicionantes de saúde estão nos restantes do orçamento. Que não podemos ter uma visão corporativa só da saúde e não pensar que o orçamento tem que fazer saneamento, educação, infra estrutura, habitação para gerar crescimento econômico e geração de emprego e renda. São questões que como conselheiros temos que discutir também”. Parabeniza a todos pela presença.

### **LUCIENE PEREIRA DA SILVA**

Sua exposição teve como tema: Financiamento da Saúde: Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000. Iniciou dizendo que atua desde 2004 junto com os parceiros dos conselhos da Saúde e Educação. Lembrou que o momento é de construção de um modelo de regulamentação da EC nº 29. O 1º ponto que precisa ser entendido é que a Emenda tem uma abrangência nacional, significa que ela se aplica a União, Estados e Municípios de forma igual com particularidades que estão na Emenda Constitucional e na lei que vai regulamentar a matéria. Só que esse país imenso se compõe de Estados autônomos, Municípios autônomos e União autônoma. Um não manda no outro, um não se sobrepõe ao outro. E isso cria um figurino constitucional bastante complexo, quando se fala de verificação de recursos mínimos para educação e saúde. Cada Estado é autônomo para fazer a fiscalização e a União não tem jurisdição sobre esse Estado ou esse Município. Isso gera alguns pontos de conflitos, de entendimento o que cria alguns pontos críticos para a aplicação de recursos mínimos, e tantos entendimentos díspares. Para se desconstruir isso só com uma ação judicial.

Determinados assuntos ficam sujeitos a uma regulamentação mais rígida como é o caso da Lei Complementar, como na EC nº 29. Ela estabelece o mínimo e requer uma lei complementar mais rígida, mais principiológica, com um quorum qualificado de votação para fixar as diretrizes para a nação.

Houve um avanço nesses últimos oito anos em que se discute a regulamentação. O PLP 01/2003 é um grande avanço, fruto de um trabalho em conjunto de todos: Conselhos de Saúde, Ministério Público, Ministério da Saúde, Tribunal de Contas, com vários encontros no Ministério da Saúde, em que se firmou alguns parâmetros consensuais que gerou a Resolução nº 322 do CNS. Esta acabou subsidiando os dois projetos de lei incorporados ao PLP nº 306 pelo Deputado Pepe Vargas. Com uma forma democrática de trabalhar ele recepcionou o texto aprovado na Câmara e o Substitutivo do Deputado Guilherme Menezes. Em termos de pontos positivos do projeto, diz que todo o projeto é bastante positivo, mas destaca a definição do que vai ser considerado como ações e serviços de saúde para aplicação do percentual mínimo. Considera este um ponto central, pois cada Estado tem seu Tribunal de Contas que decide, que orienta Estados e Municípios. Quando não se tem uma norma que orienta o país inteiro, acaba-se abrindo brechas jurídicas, dificultando que os Estados decidam de forma diferente. Quando se tem um Estado que considera inativos, saneamento básico, meio ambiente, coleta de lixo, como ações e serviços de saúde para aplicação do mínimo, ele está respaldado por uma decisão do tribunal de contas e que tem força e que só pode ser derrubada indo ao Supremo Tribunal. O modelo não é fácil de ser desconstruído. Por isso é necessário uma lei, e por isso este ponto é crucial. Não adianta aportar quinhentos bilhões para a saúde se na hora de fazer o controle não tem uma regra clara que norteie o País inteiro. Simplesmente o Estado diz que aplica no saneamento básico, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, cheque cidadão e outros. Então não adianta garantir só recursos, regras de controle são fundamentais e a margem de muita manobra, o que só se consegue desconstruir com uma ADIN no Supremo, o que não é fácil de acontecer.

No que diz respeito a regras claras de transparência, fiscalização e controle, o SIOPS é um

grande avanço. A institucionalização dele nos moldes delineados no PLP é um grande avanço para que cada conselheiro, e cada membro da sociedade, a mídia, os universitários, possam se associar ao Controle Social, porque sozinhos fica difícil atuar. Parcerias com as escolas de ensino médio, com as universidades, o que torna o trabalho mais fácil porque são vários olhos olhando para o mesmo foco.

Mas o projeto também tem seus pontos críticos que merecem reflexão. A base de cálculo da União é um deles, porque o texto constitucional diz que tem que ser um percentual sobre alguma coisa. Essa base de cálculo para estados e municípios a emenda fixou no artigo 198 parágrafo 2º. Mas para a União como tem um arranjo fiscal muito diferente a receita de impostos é muito baixa quando se olha para o orçamento como um todo. Em 2007, a receita líquida da União foi de 64 bilhões para um orçamento de 45 bilhões. Se a União dissesse que teria que aplicar "X%" dos impostos como foi feito para estados e municípios, em saúde, ia ficar quase a receita toda dos impostos. E a União tem a particularidade da Seguridade Social, de ter as contribuições que são exclusivas da União. Isto dá um arranjo complexo para se fixar a base de cálculo da União. Por isso esse grande desafio. Mas a equipe econômica insiste na despesa empenhada mais variação nominal do PIB, este é um ponto crucial da equipe econômica e o Ministério Público Federal tem críticas a essa metodologia e fez uma recomendação ao Presidente da República, em 2007, quando da tramitação do PLC nº 89 no Senado. E é essa representação que está na página do Ministério Público Federal.

Outro ponto crítico é a dedução do Fundeb, que é a mesma lógica do que se está querendo na Reforma Tributária. Se isso for institucionalizado, constitucionalmente cria um certo argumento fático para se fazer isso também com outras vinculações. E a lógica precisa ser 100% do orçamento: destina-se 25% para a Educação, 15% para a Saúde, 5% para outra coisa, enfim, uma coisa não se conectando a outra. Essa lógica não se sustenta. Se no texto constitucional fica dessa forma, fica difícil depois desconstruir. Um ponto para lutar contra. Porque se isto passa fica muito difícil juridicamente trabalhar para não tirar o Fundeb da base de cálculo da saúde, pois o Fundeb é muito dinheiro. Se tirarem tudo da saúde não vai sobrar nada.

Outro ponto crítico é a instituição de nova trajetória para Estados e Municípios que não cumprem a EC nº 29, isso fere o princípio da igualdade. Significa que os Estados que cumpriram o limite foram e estão sendo premiados. Quem não cumpre a lei acaba sendo premiado, merecendo também uma reflexão.

Há também alguns desafios, que o Congresso enfrenta para concluir essa regulamentação. De ordem política tem a criação de nova contribuição - a Contribuição Social para a Saúde, principalmente neste momento quando se discute a Reforma Tributária. Criar um novo tributo quando se pensa em fazer um enxugamento para reduzir a carga tributária, sempre gera um debate político muito acalorado.

Falou-se na época que tinha algum problema de inconstitucionalidade. Mas, enquanto analista, a palestrante não enxerga vícios jurídicos, acha que esta parte está bem fundamentada, com bastante embasamento no projeto de lei, mas tudo é possível indo para o Supremo. O desafio maior é de ordem política.

No que se refere a reforma tributária tem outro problema que necessita estar alerta, que são as referências aos impostos que compõem a base de cálculo do mínimo da Saúde (art. 198 da CR). No mínimo da Educação temos "X%" da receita dos impostos e a Constituição Federal não discrimina o inciso, o imposto do inciso, da alínea. Na saúde o legislador fez algumas referências a este respeito. E este é o ponto mais crucial para todos ficarem em alerta com a Reforma Tributária.

Outro desafio é de ordem econômica. A crise financeira global com a necessidade de



contenção de gastos públicos, o que se constitui em um desafio no debate político.

A Base de Cálculo está definida no Art. 198 em seu § 2º - "A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: " A aplicação desses recursos mínimos deriva de alguns recursos. No caso da saúde diferente do da educação especificou quais recursos, e no que especifica abre uma brecha para se criar outros tributos ou se fazer aumento das parcelas por outras alíneas que estão fora dessas. Com isso se desonera a base de cálculo da saúde e ela perde dinheiro como já ocorreu com o aumento do Fundo de Participação dos Municípios criando uma alínea "d". Isso está fora da base de cálculo da saúde e com essa discriminação anterior fica fora da base de cálculo da Saúde a receita do IOF sobre o ouro, que não está no artigo 159 e sim no artigo 153 e parece que o legislador esqueceu e esse tipo de discriminação é perigosa. Em termos de mínimo de Educação não importa se o FPM é da alínea "d", da "b" da "a", ele está todo na base, e o que importa é que a Saúde está perdendo. É preciso ter cuidado com esses mecanismos, que às vezes são engendrados sem que se perceba muito. Por isso é preciso ficar alerta com a Reforma Tributária.

Há outras formas de reduzir a base da receita de Estados e Municípios, por uma forma oblíqua, transversa que não atende a legislação. Uma delas é o repasse do ICMS - a Desoneração Lei Kandir com o rótulo de Auxílio Financeiro e dizendo que não é ICMS – É o Acórdão TCU nº 2.201/2008-P. A Saúde perde com essa desoneração R\$ 2 bilhões e a Educação perde R\$ 2 bilhões E é preciso recuperar estes 4 bilhões para a Saúde e Educação, pois elas perdem com esses mecanismos que foram engendrados através de medidas provisórias e que repassam dinheiro para Estados e Municípios como forma de auxílios financeiros.

Há outra forma de subavaliar a base de receita da Saúde. Então não adianta só fixar o valor, é preciso ter outros mecanismos para fechar estas "brechas". Em vários estados, porque isso foi orquestrado no País inteiro, os secretários de fazenda que se organizam no Confaz, se articularam com uma forma de "vinculação" de uma parcela do ICMS ao Fundo de Pobreza. Mais ou menos o que se está querendo com a DREA. Vinculam com rótulo de "doação" de "incentivo fiscal"; e este dinheiro entra direto no Fundo da Pobreza e não é contabilizado como ICMS, assim tem redução no mínimo da Educação e da Saúde e isto é muito dinheiro e tem muitas outras implicações. O Ministério Público Federal fez uma representação ao Conselho Nacional do Ministério Público - Processo nº 735/2008-07, e por unanimidade, expediu uma recomendação a todos os Ministérios Públicos do Brasil como forma de coibir estas práticas.

Falou também sobre Fundação Estatal – O Projeto de Lei - PLP nº 92 visa regulamentar o Art. 37, inciso XIX da Constituição Federal que foi construído, foi alterado em 1998 com a finalidade de flexibilizar a instituição de empresa estatal. Não tinha nada a ver com fundações. O foco não era Fundação, Saúde, Educação nada disso. Era flexibilizar a instituição de empresas estatais no contexto das privatizações. Isto está na Exposição Motivo Interministerial 49/1995 que encaminhou a Reforma Administrativa, a Emenda Complementar nº 19/1998. Com o objetivo de reorganizar as empresas públicas e sociedade de economia mista visando, a implantação do Programa Nacional de Desestatização - nada a ver com Saúde. Com essa finalidade, após o debate na Câmara e Senado esse dispositivo ganhou a seguinte redação: "inciso XIX – somente por lei específica poderá ser criada autarquia (*este é um caso*) e autorizada a instituição (*outro caso*) de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação, (*vírgula, respira*) cabendo à lei complementar, neste último caso, (*que último caso é este- não tem nada a ver com fundação - autorizada a instituição - estes são os 2 casos: criar autarquia e autorizar instituição - no 2º caso autorizar*

*instituição é que precisa ter a área definida numa lei complementar*) definir as áreas de sua atuação (Redação dada pela EC nº 19/1998).

A finalidade da lei quando se analisa a essência não é criar Fundação de Direito Privado, colocar Saúde no direito, não é nada disso. É definir a área de atuação, nem tanto da Fundação, porque existe um problema muito grande em Estados e mais em Municípios de criar empresa pública para fazer ações que são da administração direta. Pega uma secretaria de obra e transforma em empresa pública. Ela não exerce uma atividade econômica, não é para ser empresa, é uma secretaria. Assim, a finalidade do dispositivo é outra, no contexto do programa da reforma administrativa. Mas o Poder Executivo fez uma interpretação que neste último caso seria definir a área de atuação de Fundação. Não fala de Empresa Pública ou de Sociedade de Economia Mista

Essa interpretação está no livro do Desembargador Jessé Torres do TJ do Rio que faz uma análise histórica "cria Autarquia por lei específica e define a área de atuação de Empresas Públicas, Sociedade de Economia Mista e Fundação por lei complementar". A lei precisaria definir as áreas de atuação dessas três entidades da Administração Direta.

Neste contexto, o foco são os Hospitais Universitários Federais (escola); inicialmente, mas que com o novo texto já atinge também Estados e foi inserido Ensino, Pesquisa e Formação Profissional. Entra aí os pilares das universidades públicas, dos hospitais universitários e os Cefets. Quando pega um hospital universitário que é uma escola e desloca do MEC para o Ministério da Saúde há que se pensar que essa tríplice constitucional imposta para que se qualifique uma universidade está sendo quebrada. A Constituição Federal determina que as universidades são autônomas e devem observar o princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão "Art. 207 - As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão." Se o atendimento hospitalar é dissociado da universidade essa tríplice está sendo quebrada.

Esses são pontos que precisam enriquecer o debate. Verifica-se que se atém um pouco a questão do servidor público que é CLT e que perde estabilidade. É um ponto que juridicamente em termos de ações do Supremo é difícil de sustentar. Por que a Emenda 19 quebra o Regime Jurídico Único e permite que se harmonize estatutário e CLT na Administração Direta, inclusive. Acaba que o discurso é esvaziado pela mídia e em termos jurídicos não há vislumbre de sucesso. Há outros pontos que esse projeto tangencia de inconstitucionalidade que fica mais fácil de abordar, de sensibilizar.

Concluindo, há uma representação do Ministério Público Federal contra os termos do PLP nº 92/2007 ponto estrutural que tangencia vários aspectos de responsabilidade fiscal, de direito civil em termos de patrimônio. Aqueles hospitais que são PJDP não tem as mesmas prerrogativas da Administração Direta. Significa que se tem uma ação contra aquele hospital, os seus bens podem ser penhorados: um tomógrafo, um aparelho de ressonância, enfim fica sem a proteção da Administração Direta. Há vários aspectos que estão nessa representação do MPF que se manifestou contra o projeto de lei, sobre vários aspectos de inconstitucionalidade e o debate poderia ser enriquecido com esses pontos.

Agradeceu o convite para participar de tão importante evento, deixando endereço da página para acesso a outras informações: [http://ccr5.pgr.mpf.gov.br/documentos-e-publicacoes/publicacoes-diversas/docs-publicados-2008/fundacao\\_estatal\\_prsc.pdf](http://ccr5.pgr.mpf.gov.br/documentos-e-publicacoes/publicacoes-diversas/docs-publicados-2008/fundacao_estatal_prsc.pdf)

MESA 2 – O FORTALECIMENTO DA GESTÃO PÚBLICA DO SUS – Contou com a seguinte composição: Expositores: Juíza Salete Maria Polita Maccalóz - 7ª Vara Federal do Rio de Janeiro - Justiça Federal; Francisco Batista Júnior - Presidente do Conselho Nacional de

Saúde - CNS; Jurandir Frutuoso - Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Secretários de Estado de Saúde - CONASS. Coordenação de Mesa: José Pereira - Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Mato Grosso do Sul - Relatora: Maria Cândida do Nascimento - Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Mato Grosso.

### **SALETE MARIA POLITA MACALUZ**

Iniciou falando de sua satisfação de retornar a Brasília, pois está nesse périplo de analisar juridicamente há mais de dois anos, e debatendo o assunto “Fundações Públicas de Direito Privado”, nos mais variados lugares de uma forma bem modesta e simples, indo aos hospitais do Rio de Janeiro. Disse que vamos superar várias situações desse debate que já vem enfrentando há algum tempo, e pretende com um pedido de desculpas, dizer que vamos superar muitas daquelas colocações iniciais, porque agora está mais do que nunca clara, a estratégia política do Ministro da Saúde. Ele colocou um plano de fundações que obviamente irritou toda a população especializada, funcionários, participantes, profissionais da saúde e a própria população usuária, e fomos com muita sede a esse conteúdo, que foi o boi de piranha, pois vários estados – já são sete estados no país e vários municípios, já passam de duas dezenas criaram as Fundações Públicas de Direito Privado. “Enquanto ficamos debatendo o que foi a isca, eles foram comendo o miolo”. E de todos esses projetos, o da Bahia, Recife, Alagoas, Paraná, Rio Grande do Sul, inclusive o de Portugal, que fizeram questão de dizer que é muito bom, já criaram suas fundações públicas de direito privado, e enquanto debatemos o Projeto Federal, esses Estados implantaram por fora, estratégia de guerra.

De todos projetos existentes elege a lei aprovada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2007, porque é a mais completa e foi feita em cima de críticas que já foram feitas. Essa lei que fala das fundações de saúde, e seu título já não é tão provocativo, cria três fundações no Rio de Janeiro: a Fundação dos hospitais gerais, que são quatro, a Fundação dos hospitais de emergência que são nove e a Fundação de Pesquisa na área de saúde. Ao todo são 24 hospitais já mapeados para três fundações. E num de seus textos, cabe enfatizar que a lei em seu artigo 1º no parágrafo 1º diz que será uma Fundação Pública de Direito Privado, e tem tudo de público, tudo de uma estrutura pública. Não levou a sério a advertência jurídica constitucional de que o público e o privado não se misturam. A vertente do ordenamento jurídico brasileiro desde o Século V, com o Código Justiniano se divide em público e privado. O que é público só é público e o que é privado só é privado. Percebe em alguns momentos que a ingerência pública, política e governamental em alguns setores do Estado é para proteger as pessoas – é a intervenção do Estado, por ex, na locação domiciliar - onde o inquilino diante do proprietário do imóvel é um sujeito juridicamente mais fraco e o Estado interfere. O Estado pode interferir no âmbito do privado, mas o privado tentar conviver com o público é impossível, à luz da Constituição e deste ordenamento. E pediu “por favor, não me remunere esta informação dizendo que este é o meu pensamento”. Se no programa está que ela é uma Juíza Federal Cível, ela não tem pensamento no momento, ela não tem tese. Está brindado com uma interpretação jurídica séria, técnica e eminentemente constitucional. Tese e pensamento tem quem está tentando socar goela abaixo dos usuários da saúde e dos servidores da saúde esta possibilidade de melange que se sabe onde vai dar esta confusão de público e privado.

No artigo 1º da lei está colocado assim e não se percebe nada, mas já fica criado por esta lei três fundações, hoje com 24 hospitais, e colocar mais hospitais dentro de cada uma dessas fundações é ato do Governador do Estado, por que trata de hospitais, da rede estadual de saúde e depois os municípios podem também fazer o seu modelo, onde a

primeira interpretação se trata do seguinte: Onde é a sede e foro dessa fundação? Na capital do estado. Ou hospital vai continuar, permanecer onde está, do jeito que está, com suas paredes atuais, com seus equipamentos, com seu pessoal. O que está de fato sendo montado é a estrutura da Fundação que vai ficar na capital do estado, provavelmente no andar daqueles prédios inteligentes de condomínios de R\$25 mil, R\$30 mil ao mês. Não vai aparecer no olho, na cara do usuário e muito menos do servidor da saúde, ou seja, ela ficará encastelada, tem uma diretoria em cada fundação e a nomeação do presidente é prerrogativa do governador. Tem um conselho fiscal com mandato de dois anos, como é o conselho curador, mas curiosamente, a diretoria não possui mandato.

As atividades de fundação serão exclusivas de atendimento do SUS, não atenderá mais ninguém, só SUS e o seu pessoal será contratado sob o regime de CLT por concurso público. E vem nas palestras uma ênfase muito interessante porque o pessoal da saúde está muito aflito, principalmente os do Rio de Janeiro, que sempre foi o Estado que teve a maior rede pública de saúde. E todos sabem a origem disso, pois o Rio de Janeiro foi capital da república e os grandes institutos construíram hospitais que eram modelares na sede da república e que com a fusão dos grandes institutos no então INPS e esses hospitais modelares ou não tão modelares assim, passaram a integrar o patrimônio do INAMPS que também foi encerrado há um tempo atrás e assumido pela União em termos de responsabilidade cível, jurídica, penal e funcional e obviamente sob a gestão do Ministério da Saúde. A rede pública, só de hospitais federais na cidade do RJ tem mais de vinte e oito. O governo federal vai repassar para os estados e que obviamente, no território de município vai repassar estes hospitais para os municípios. Até aqui tem-se a criação de três fundações públicas cuja estrutura é uma direção, sem tempo de mandato, com um conselho fiscal e um conselho curador com mandato de dois anos. Os servidores serão os novos, contratados pelo regime de CLT, mediante concurso público a quem se assegura que se é contratado por concurso público, esse profissional não poderá ser mandado embora, na chamada denúncia vazia, ele terá que passar por inquérito administrativo onde será apurado a falta grave. Então se pergunta qual a garantia do concursado, de todo concursado, seja pelo regime da CLT, seja pelo estatutário, ele só poderá ser demitido se cometer falta grave, que será apurado através de inquérito administrativo, onde lhe será assegurado ampla defesa.

Com essas informações os profissionais ficaram mais calmos. Mas, para os atuais servidores públicos foi proposto: que serão todos cedidos para as fundações, continuarão servidores públicos, mas cedidos às fundações. E na comparação de salário, se o celetista, o servidor da fundação estiver ganhando mais que o estatutário, essa diferença lhe será pago como um adicional, um adicional de natureza privada cuja contribuição é para o INSS, e não sua contribuição para a aposentadoria de servidor público, não implicando em ganho para aposentadoria. Esta cedência pode ser dispensada, a critério da fundação ou da direção do hospital, sem inquérito administrativo. O servidor público que for cedido para a fundação vai trabalhar no hospital e se este desagradar a direção, esta devolve ele para o seu empregador, que no caso, falando sempre das fundações estaduais do Rio de Janeiro. A diferença remuneratória só acontecerá na realidade, quando no futuro, se fizer o concurso público, admitir-se o celetista, para os quais haverá um quadro de cargos e salários que será aprovado pelo governo do estado. A Assembléia Legislativa morreu, a representação popular não existe mais. É a presidência da fundação e o governo do estado. Isto se vier a acontecer o concurso público. Porque as fundações já estão criadas há quase um ano e os hospitais estão no mesmo lugar, e esse ano já se gastou muito só para estruturar a fundação que fica na capital e as pessoas continuam terceirizadas e servidores públicos idem. Não tem fixação de prazo para contratação de pessoas via concurso público, CLT. Isto vai ficar a critério da direção da fundação.

A remuneração da diretoria é proposta separada do quadro de Cargo e Cargo e Salários dos servidores, aprovado pelo governo do estado. Diretoria que não tem mandato, pré fixado o mandato. Tudo isto é típico de uma fundação pública. Aí vem o problema orçamentário ou de recurso ou de fonte de custeio. E todos vocês sabem o que acontecerá, pois conhecem o Projeto Temporão.

A Fundação apresentará ao governo do estado o seu plano de trabalho e esse plano de trabalho é aprovado pelo governo de estado, submetido antes ao conselho curador, (o conselho fiscal é o fiscal de balanço e não tem que opinar), e por esse plano de trabalho é que entra, de novo, a falcatura, da dita natureza privada, que eles dizem que a fundação vai ser empresa de economia mista, fazendo uma mistura, aonde nada é verdadeiro, nada tem base jurídica legal. Advirto que a Reforma Administrativa, que eles começam apresentando o projeto no computador e dizem que a administração pública se divide em direta e indireta. Esta divisão de direta e indireta se deu na Reforma Administrativa de 1968. A Administração Direta tanto no federal, no estadual ou municipal são as secretarias, as pessoas que trabalham, diretamente vinculadas ao Presidente da República, ao Governador e ao Prefeito. Então é o Ministro da Saúde – o Ministério da Saúde é o Secretário da Agricultura do Estado e seu pessoal dentro da secretaria de agricultura, e assim sucessivamente.

Na Administração Indireta, em 1968, foram colocadas as Fundações, as Autarquias, as Empresas públicas e as Sociedades de Economia Mista. Já em 1968 havia a possibilidade, de ser ter na administração indireta, fundação, e isso e nunca ninguém pensou, e é o que está na Constituição Federal hoje, se criadas por lei, como manda a Constituição Federal, jamais terão a possibilidade ser de direito privado. Tudo que é criado por lei é de direito público. Na reforma administrativa está escrito: As empresas públicas, cujo capital é eminentemente público, essas empresas serão fiscalizadas, comandadas, ordenadas pelo setor público, porque atendem políticas públicas, do Estado intervindo em setores da economia, onde os particulares não tem interesse e a população necessita daquela produção. Não foi por outra que Vargas, na década de 30, criou a Companhia Siderúrgica Nacional e depois no segundo governo, 1954, criou a Vale, a Petrobrás. Naquele época, o capital privado não tinha interesse e precisa-se de indústria básica para crescimento industrial do País. A sociedade de economia mista tem como característica a participação de capital privado na sua composição e com relação a este tipo de empresa desde 1968, o que funciona o seguinte: aqui o estado abre mão de seus privilégios e o capital público dentro da sociedade de economia mista tem tratamento de capital privado, paga imposto, e não poderia ser de outra forma, senão estaríamos pegando privilégios do estado que são relativos a toda população e estaríamos aumentando a lucratividade do capital privado dentro da sociedade de economia mista. Não dá para chegar em 15 minutos e desrespeitar um público especializado em saúde vindo com algumas informações e dizer que a fundação que se pretende pública de direito privado será nos moldes de economia mista.

Então mostra qual é o montante de capital que o estado vai verter para a fundação, qual o montante de capital que o privado vai verter para a fundação e quais são as atividades lucrativas da fundação porque esse capital é para botar a fundação para funcionar, cobrar e ter lucro, como é até hoje a Vale do Rio Doce.

Na privatização da Vale do Rio Doce vendeu-se o capital acionário, privatizou-se o capital político, as ações ordinárias que mandam na empresa, mas o estado brasileiro, nós continuamos acionistas da Vale do Rio Doce, como somos acionistas da Petrobrás, do Banco do Brasil, todas as empresas de economia mista. Vamos afastar esse conteúdo, porque ele não cola mais. Já são dois anos discutindo este assunto. Não adianta vir com as mesmas mentiras de dois anos atrás.

Está claro no projeto federal e no do Rio de Janeiro, que o privado, privado mesmo, que se

pretende privado é exatamente na hora dos recursos públicos já que a fundação vai atender exclusivamente o SUS e nada mais que o SUS, nada além do SUS. Aqui tem um juramento de fidelidade na lei, equivalente aos dos antigos casamentos medievais. Não vale olhar para o lado, nem para cima, para baixo. Tudo é SUS. Então o dinheiro que vai fazer a saúde do SUS, é dinheiro público. Dinheiro do orçamento da União, do Estado, do Município, tal como determinado nas leis orçamentárias desse País. Mas na hora que a fundação apresentar o seu plano de trabalho, ao governo do estado, com os custos, ela recebe os recursos, e aí tem a livre gestão desses recursos, e porque é privado pensa que não vai ter que prestar contas ao Tribunal, aliás, no projeto de lei do Rio de Janeiro, eles se comprometem a prestar contas ao Tribunal de Contas do Estado. E de uma forma muito mais burocrático do que é hoje, com relatórios trimestrais. O que sobra de privado, é exatamente esta única coisa: é o presidente da fundação, com o conselho curador, que vai decidir aonde vai ser gasto o dinheiro do SUS. Claro que aquele plano, é um plano que, obviamente, vai traçar um mapa desses gastos, dessas despesas. Mas a lei já é conhecida. Um plano exemplar ainda não foi apresentado. E não foi apresentado por quê?

Porque se trabalha numa premissa eminentemente falsa. Qual é a premissa falsa? Diz-se que a saúde está em crise, todo esse projeto é fundado na crise da saúde, mas não se apresentou uma avaliação, um mapa da crise da saúde, ainda não foi apresentado. O que se vê é o que está nos jornais, da reclamação das pessoas e que pode ser resumido em três aspectos gerais: falta de pessoal, falta de materiais e equipamentos, falta de hospitais e leitos e os procedimentos complexos.

Qual a premissa falsa? Diz-se que a saúde brasileira está em crise, mas não se apresenta a necessária avaliação técnica em cima da qual vai atuar com eficácia para combater essa crise. E se apresentam com fundação pública, esquisitamente de direito privado, não mais esquisito, pois agora se sabe, ela só é privada na hora de decidir o deslocamento de verba do plano de trabalho, e diz-se que essa fundação é a salvação da pátria, que vai acabar com a crise neste País. O momento é de “pico” deste assunto. Exigir das pessoas que falam em crise da saúde, que apresentem os pontos graves e aonde o projeto vai atacar estes pontos, parar, sentar e pensar.

Porque no mais, o exercício é maniqueísta, em que jogam um projeto inviável, de fácil crítica, consegue pessoas capacitadas tecnicamente, que apontam esses pontos críticos, inconstitucionais, ilegais, todos ficam satisfeitos de ouvir essa análise e o que está acontecendo de verdade, as fundações já estão sendo montadas, e até agora não tem nenhuma planilha que mostra onde terá mais pessoal, mais material, mais atendimentos, mais hospitais, mais leitos, mais equipamentos e mais um plano muito restrito dos procedimentos complexos.

Com um ano de funcionamento de lei, estruturando as fundações, as notícias que se tem, e obviamente, não está no papel, os aspectos mais interessantes do plano de trabalho já está mapeado, já está dividido como no tempo da Idade Média em seus feudos, pois o que interessa nos gastos, dos recursos públicos do SUS é a aquisição de medicamentos, para onde se vai remeter os procedimentos complexos, se ficará na rede pública ou se irá para a rede particular; porque a privatização da saúde não é isso aqui. Isto aqui não é privatização da saúde. Isto aqui é privatização do orçamento público do País, no orçamento da saúde, na verba saúde. Porque o mais já está privatizado há muito tempo. E os servidores da área da saúde que se organizem também nos seus sindicatos e comecem a apresentar lá suas reivindicações, porque se no seu Estado, ainda não foi feito nada, na medida em que alguns avançam na frente é o exemplo, e quando o povo acordar achando que as coisas estão demorando, de verdade as fundações já estarão criadas e os hospitais serão os mesmos, as pessoas que estão lá dentro para atender, serão as mesmas, a remuneração será a mesma

ou para pior. Porque agora tem que se fazer economia dos gastos públicos, e economia nos gastos públicos sempre é feita na saúde e na educação, na remuneração de pessoal, e por aí vai. Pois quando é necessário cortar gastos, corta-se sempre na saúde e na educação.

Já tem casos concretos para serem analisados e mais essa afirmação categórica e técnica. Dentro da estruturação de um projeto de lei que cria fundações, aonde reconhece que é pública, que vai ter funcionários contratados que tem que apresentar contas ao TCU, que só vai atender SUS, não adianta dizer na hora que o dinheiro está vinculado ao plano de trabalho que este dinheiro é privado, não será.

Não há juízo que poderá justificar na lei. Politicamente pode, politicamente pode, pode-se tudo politicamente, mas na lei e na Constituição Brasileira não há com justificar que só na hora do dinheiro a fundação é privada.

### **FRANCISCO BATISTA JUNIOR**

Iniciou falando sobre as Fundações Estatais de Direito Privado, tema da mais alta relevância que no seu entendimento, não está sendo devida, conveniente e corretamente debatido pelo país. E tem aí muita desinformação, em um tema que além de desinformação, há muita má informação. E, infelizmente, não teve oportunidade mais contundente de participar de um debate de peso, com uma participação massiva com os defensores da proposta das fundações.

Os atores que defendem a proposta de criação Fundação de Direito Privado são atores que se identificam como atores que construíram e defendem a Reforma Sanitária. Se identificam e se apresentam como atores do movimento de esquerda socialista, e que portanto tem toda autoridade para apresentar a proposta de Fundação de Direito Privado.

Primeiro que para ele que está no movimento há muito tempo, o fato de alguém se identificar como sendo da época da Reforma Sanitária ou de esquerda não significa atestado de idoneidade ou atestado de compromisso com a esquerda ou com a Reforma Sanitária. Sempre conheceu e conhece muita gente que fez parte do movimento de Reforma Sanitária, mas que nunca se sentiu enganado. Não está fazendo juízo inicial dizendo que os atores são de direita, são reacionários ou não tem compromisso com a reforma. Disse que existem atores que participam do movimento se dizem comprometidos com ele e no seu entendimento não são.

Os defensores da Fundação de Direito Privado adotaram uma tática pesada. Como é uma proposta polêmica, com viés liberal, conservador, privatizante, para aplainar o terreno, fizeram acordo entre eles. Passaram a aprovar esta proposta em Estados que se dizem com governos populares. Tipo: são governos avançados que estão fazendo a proposta não são governos conservadores de direita, são governos populares. Mas existem governos populares e governos populares. O fato de se identificar como governo popular não significa necessariamente que são governos populares. Conhece governos que se dizem populares e que tem atuação político social muito mais conservadora que governos de direita e não aceita, conseqüentemente, este discurso nefasto.

O 3º elemento – o discurso é que o problema é de gestão e como o problema é de gestão é a gestão que tem que ser atacada. Discorda disso, acha, entende e afirma que o problema é mais profundo e é mais geral. Disse que se não for solucionada a questão da gestão e não for atacado os outros graves problemas estruturantes do sistema, vai continuar fazendo água. Se a EC nº 29 não for regulamentada e continuar com os equívocos de condição relação público - privada num modelo de atenção conservador e reacionário e na Gestão do Trabalho absolutamente precarizada, o sistema continuará inviabilizado.

Não aceita o discurso de que o problema é de gestão e que um projeto que ataca “a questão da gestão” é a solução de todos os males. Não é verdade.

É comum se ouvir e ler que o modelo de atenção do SUS está falido e que precisa ser repensado. Também discorda. Porque o modelo preconizado para o SUS, que está na Constituição Federal e que está na Lei Orgânica do SUS quase nunca foi posto em prática. O que está falido é esse modelo que está aí e que não tem nenhuma participação nele. Não defende a gestão do SUS para atender interesses de grupos e corporações organizadas. Não defende isso. Não é responsável por isso. Não defende a gestão do SUS para atender a interesse de partidos políticos, não tem responsabilidade nisso. Não defende nem tem participação na decisão do modelo de gestão que tem como premissa fundamental atender aos interesses das bases de apoio do governo. Não é isso que defende. Não é isso que está na legislação. E não aceita dizer que tem que ter um novo modelo porque o modelo do SUS é falido. Defende que o modelo do SUS seja colocado em prática. Aí sim a comparação poderá ser feita.

E aí tem algumas coisas que sofrem um processo de mudança. O grande mote inicial estava no conceito e o conceito era bem pomposo: **Fundação Estatal de Direito Privado**. Uma excrescência jurídica. Uma excrescência jurídica que até os próprios governistas recuaram. No projeto que hoje tramita na Câmara Federal, e que espera poder retirá-lo de lá, derrotá-lo definitivamente, retiraram o termo “**Estatal**”, ficando Fundação de Direito Privado. Defendiam que as fundações não se submetessem ao teto salarial, ou seja, a porta aberta para se pagar, o que é pago muitas vezes no serviço público, não ao interesse do serviço público, mas aos interesses de grandes grupos dominantes - isso foi retirado do projeto. Defendiam que as fundações não se submetessem a Lei de Responsabilidade Fiscal – parece que foi retirado também. Defendiam que as fundações tivessem absoluta isenção tributária – tem projeto que ainda está escrito isso como o de Pernambuco. Defendem que os recursos destinados a fundações não sejam passíveis de contingenciamento – projeto de fundação de Pernambuco. Defendem também que as fundações não se submetam as Leis das licitações – Lei nº 8.666.

Ao invés desses atores que se dizem identificados com a Reforma Sanitária defenderem as coisas boas para o atual modelo que querem implementar defendem a nova proposta que a gente sabe que é privatizante. Algumas dessas propostas já recuaram - teto salarial, porque os próprios juristas do governo disseram para não exagerar, mas isenção tributária, regime especial na lei de licitação que defende para a atual gestão, defende para o nosso modelo. E aí feito esse aparato de idéias iniciais, meio estrambólicas eles elaboraram um esboço final dos projetos que estão sendo aprovados em alguns estados que se dizem com governos “populares”. E a 1ª questão é a seguinte: por que a avaliação que tem é que se existe um projeto na Câmara Federal que visa regulamentar o artigo 37 que trata da questão da fundação, no seu entendimento os estados e municípios devem esperar que essa regulamentação aconteça no plano federal para então implementar em seus estados e municípios.

Tem a Constituição Federal e tem as leis que se submetem a Constituição Federal. Por exemplo, nesse mesmo artigo 37 tem a questão da greve no serviço público. Não conhece nenhum estado que esteja regulamentando a greve no serviço público, enquanto a greve no serviço público não for regulamentada na Constituição Federal. Por que é que os estados não se sentem no direito de regulamentar a greve no serviço público enquanto a Constituição não é regulamentada e se sentem no direito de criar fundação sem ser regulamentada no plano federal.

E, debatendo politicamente começou a ler as argumentações escritas por diversos pensadores da fundação de direito privado. E é de ficar estarecido: defendem o fim da estabilidade do servidor público da saúde, para punir maus profissionais. Ouviu parlamentares na Câmara Federal dizerem: Se não acabarmos com a estabilidade dos



médicos não faremos os caras trabalharem. Isso é de uma ignominia que não se pode aceitar. Porque se existem profissionais na saúde que não trabalham, e não precisa ser maniqueísta e dizer que é só médico que não trabalha, pois tem um leque de quase todas as categorias que não querem nada com o ofício a culpa é do gestor que assim permite. Porque tem uma lei que é muito interessante em relação a punição, em relação a penalidades, em relação a exoneração. O governo Lula, por exemplo, de 2003 até agora já exonerou quase 1500 trabalhadores de seu governo destituiu mais de 100 de seus quadros, cassou mais de 100 aposentadorias. É só querer fazer. Porque a legislação permite que isso aconteça. E não se pode aceitar esse discurso fácil de que não permite. É estabilidade absurda. Ninguém pode punir, ninguém pode demitir. Não. Existe muita incompetência de gestor que não tem compromisso com o sistema. Que fique bem claro isso.

Contou que em determinada ocasião em um evento foi questionado por um ator exaltado do Rio Grande do Sul, dizendo não saber qual o problema que tínhamos com a CLT: “porque a Petrobrás é CLT e vocês acham bom, a CEF é CLT e ninguém reclama, o BB é CLT também e vocês não reclamam”. Ao que respondeu que: 1º o que defendemos é estabilidade absoluta para todos os trabalhadores; 2º quando fazia o debate da Reforma Sanitária defendia a estabilidade para todos os trabalhadores porque não se pode achar que trabalhar com saúde do nosso semelhante é a mesma coisa que trabalhar no setor petroquímico, achar que trabalhar com saúde do nosso semelhante é a mesma coisa que trabalhar no sistema financeiro. Então o debate da Reforma Sanitária que fiz foi outro. E continuou respondendo ao questionador que se ele tinha mudado não tinha problema, era só assumir que mudara e partir para debater em novas regras. Mas não tinha que vir com o discurso que Petrobrás é CLT, BB é CLT porque aí é uma traição aos princípios da Reforma Sanitária. E é preciso assumir isto.

E vem também com a conversa da autonomia de gestão administrativa e financeira. Conversa muito com gestores e tem gestores muito bons pelo país em relação a autonomia. Mas tem muito vereador querendo se meter na gestão, muito deputado querendo mandar na gestão. Mas a atual legislação tem um esboço bastante razoável de autonomia administrativa e financeira. Óbvio que não está ideal e precisa ser revisto. E aí defende o cumprimento da Constituição Federal. A Constituição Federal no seu artigo 37, inciso 21 estabelece que pode, através de uma lei, “estabelecer autonomia administrativa, financeira e orçamentária dos serviços, contrato de gestão com o poder público, estabelecimento de metas, fiscalização do cumprimento de metas, autonomia para contratar pessoal... . Está lá na Constituição Federal. Não é necessário criar fundação nenhuma para que se tenha a partir de agora plena autonomia de administração e financeira na administração pública dos serviços de saúde.

Para concluir, outra pérola sem falar que em relação a autonomia tem 2 aspectos interessantes: 1º que temos uma crise de financiamento, realmente um financiamento insuficiente no sistema. Os defensores de fundação dizem que na fundação não vai faltar dinheiro. Se atualmente não tem dinheiro, de onde vai surgir dinheiro para garantir o dinheiro para as fundações com essas regalias todas. Eles garantem que não, que com a fundação vai ter financiamento. Se vai ter financiamento porque não financiar o que a gente tem hoje para a gente dar respostas. Dizem também que mentimos quando afirmamos que Fundação nem é privatizante, nem vai prejudicar trabalhador. Porque o movimento sindical, corretamente, está preocupado com a questão dos trabalhadores. Sobre isto afirma duas coisas: 1º que não podemos nos iludir achando que privatização é somente pegar um ente público e vender para o privado. A privatização acontece às vezes de forma muito mais perversa, como é o caso das terceirizações. Quer privatização mais perversa do que pegar essa fundação e entregar a um grupo privado para administrar? Aliás, tem Estado que

aprovou fundação hoje e já tem três grupos organizados disputando quem vai ficar com a fundação. Imaginem o que é isso. Ou seja, tem-se a possibilidade de aprofundamento do quadro que hoje é de utilização do público pelo privado.

A lei do estado de Pernambuco, do Governo de Pernambuco que se diz popular e que foi aprovado na Assembleia Legislativa de Pernambuco, já está sendo questionada por uma ADIN impetrada no Tribunal de Justiça de Pernambuco pelo Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Sindicato dos Médicos e no Capítulo quatro – Dos recursos - Artigo 11 - inciso IV os recursos da Fundação Estatal que compreende a sua receita e sua renda são – inciso IV – os derivados de contratos convênios e outros instrumentos congêneres por ela celebradas com o poder público e a com a iniciativa privada. Contratos com a iniciativa privada o que é isso? Significa atendimento a iniciativa privada. Significa o fim do que é amplamente divulgado pelos atores que é tudo para o SUS, tudo para o público.

Em relação às relações de trabalho, no Artigo 42 - O servidor lotado em unidade hospitalar ou serviço médico cuja gestão venha ser transferido para fundação estatal, caso não manifeste interesse pela cessão que trata esse capítulo, ou seja, se o trabalhador não quiser ir para a fundação, sabe o que vai acontecer entre outras coisas? Inciso II – posto em disponibilidade com remuneração proporcional ao respectivo tempo de serviço até seu regular e obrigatório aproveitamento na impossibilidade de re-lotação ou na hipótese de extinção do cargo ou declaração da sua desnecessidade. Isso tem tudo a ver com Bresser Pereira ou não tem? E dizer que é governo popular. E dizer que é uma proposta afinada com a esquerda, com a Reforma Sanitária. E mais ainda, no artigo 44 fala na possibilidade, o trabalhador - em indo para a fundação receber uma remuneração que porventura seja superior ao que ele recebe no serviço. Só que, no Parágrafo segundo, diz claramente, que a gratificação ou vantagem de que trata esse parágrafo, somente serão percebidas durante o período de exercício do servidor na Fundação Estatal, ou seja, não vai para a aposentadoria. É isso aqui que significa Fundação aprovado no Estado da Bahia, outro Estado que se diz com governo popular. Aliás, como banalizaram o conceito de governo popular, como exploraram a exaustão, como desqualificaram esse conceito. Hoje ficamos em dúvida quando ouve no discurso que é um governo popular.

E para concluir se referindo a questão dos salários de mercado que leu na exposição de motivo dos atores que defendem a Fundação de Direito Privado. Aham que hoje tem dificuldades de contratar profissional, principalmente, médico porque os salários são baixos e porque os médicos não querem trabalhar, por isso tem que pagar salário de mercado. O que aprendeu na Reforma Sanitária foi diferente. Aprendeu que – 1º que tem que ter na saúde, uma carreira da saúde. Óbvio que sabe que tem muito secretário de saúde que está com a corda no pescoço oferecendo R\$20 mil ao médico para trabalhar e ele não vai. A culpa é do médico, ele até tem uma parcela de culpa. Pois, ele ganha R\$2.900,00 em Natal, mas se oferecerem o triplo disso, no interior, sem estabilidade e sem possibilidade de carreira, ele também não vai. Para ser demitido na 1ª cara feia do vereador da cidade, não vai. Só vai trabalhar em lugares inóspitos, distantes se ele tiver plano de carreira, se ele tiver estabilidade no emprego, se tiver possibilidades, perspectivas de avanço profissional. E fundação não garante isso. Ao contrário. Acaba com a estabilidade, acaba com a possibilidade de carreira.

O que é salário de mercado? No hospital que trabalha onde ganha R\$2.900,00 líquido, o enfermeiro também ganha isso, mas tem salário bruto de R\$3.900,00. A mesma enfermeira que ganha R\$3.900,00 bruto no hospital público, no hospital privado ganha R\$1.800,00, R\$2.000,00. Por que acontece isso? Ganha R\$3.900,00, que é um salário baixíssimo, fruto de grandes debates com a gestão, com o poder público, com perspectivas de valorização do profissional, possibilidade de carreira, de convencimento político. No hospital privado o

pessoal está pouco se lixando para isso. Abre inscrição para enfermeiros e aparecem 200 e ele se dá ao luxo de pagar o enfermeiro, o valor que ele acha que deve pagar, que pode pagar. Então o que é o salário de mercado? Se houver a criação de fundação no hospital público, vai ser os R\$3.900,00 que são pagos hoje ou vai ser os R\$1.800,00 que se paga no hospital privado? Alguém tem dúvida qual o salário que a fundação vai querer pagar?

Por tudo isso para concluir, avalia que a sociedade brasileira tem a obrigação de se manifestar, se manifestar da forma mais contundente possível e dizer claramente, que quer o SUS que todos sonham, que todos idealizam, que conseguimos até agora, e não pode ser com este tipo de proposta, proposta conservadora, contraproducente, traidora dos princípios da Reforma Sanitária que se avançará. Porque o avanço se dá no cumprimento da legislação e que infelizmente nunca foi cumprida, porque não há interesse, nem vontade ou decisão política para isso.

E, finalmente, para concluir, não pode deixar de manifestar, no Conselho Nacional de Saúde, sua discordância, apesar da relação fraterna que tem com seus membros, respeitando o CONASS, mas discordar da posição do CONASS que aprovou apoio não somente às fundações, mas também às OSs e as OSCIPs.

### **JURANDIR FRUTUOSO**

Iniciou falando da satisfação em representar o Dr. Osmar Terra, e parabenizou o presidente do CNS, Junior, pela condução que ele vem dando ao Conselho Nacional de Saúde do qual também faz parte, onde representa o CONASS e parabenizar a Dra. Salete pela brilhante exposição. E inicia com uma provocação feita pela Dra. Salete: a saúde do mundo está em crise não é só a do Brasil. Faz parte de conselhos, desde que começou o conselho no Brasil, e já foi médico na roça, coordenou ao Programa da Saúde da Família, fez Saúde da Família foi secretário municipal e estadual de saúde fez todo percurso da saúde brasileira, se formou médico e foi morar numa cidade de 30 mil habitantes, permanecendo naquela cidade por 20 anos e, portanto, pensa estar credenciado para falar do Sistema Único de Saúde, porque também participou da sua origem. E nos 20 anos do SUS quando se tem que fazer uma reflexão sobre a evolução do sistema, se falar apenas para ouvir de lá aplausos, não vai contribuir para o aprofundamento da reflexão e não ajudará a construir um sistema de saúde que sonhamos, e que a população ajuda a fazer e precisa. Reflexão é por um lado apontar os problemas que tem que resolver e com a outra mão, dizer quais os caminhos que podem ser seguidos pelo menos na tentativa de ajudar a resolver. Plenárias de Conselhos de Saúde já fez muitas, e nunca deixou de ir à reunião do Conselho de Saúde de seu Estado, como presidente, e fazia parte da sua pauta de secretário estar na reunião do conselho de saúde. Por tudo isso acha que deu sua contribuição. A saúde do mundo está em crise. Os relatórios mundiais de análise de saúde do mundo apontam que num prazo curto se ela não for repensada, todos os sistemas de saúde irão naufragar.

Um dado apenas. País rico, importante, culto, saneado, população bem de vida – Canadá, o espelho para o Brasil em relação aos sistemas de saúde, ou não é verdade, sempre citado em muitas referências. Ontário no Canadá está gastando já perto de 50% do que arrecada para manter o seu sistema de saúde. Em 2024 a projeção/previsão é que Ontário chegue a gastar 75% do que arrecada para manter seu sistema de saúde. E a projeção final é que nessa evolução, se o sistema não for repensado, em 2032 - gastará 100% do que arrecada Ontário comprometido com seu sistema de saúde. Os americanos hoje tem 5100 dólares, aproximadamente por pessoa, dentro do sistema de saúde falido que é o 34º sistema de saúde do mundo em competência. Uma mulher americana corre 3 vezes mais risco do que uma mulher sueca.

A saúde do mundo está em crise e o Brasil que pensou saúde no tempo da repressão, no

tempo da ditadura e que dentro da pressão do clima quente da repressão política daquela época foi capaz de mentalizar e criar o Sistema Único de Saúde brasileiro, que constitucionalmente é perfeito, pois tudo está na Constituição, a questão é que não está sendo cumprido. O sistema diz que ele é universal, é integral. No entanto, ao olhar cada um dos pontos constitucionais, algo falta para que isso seja cumprido. Por isso é necessário refletir. Se está na lei e não está sendo cumprido, algo está errado. Se está na lei e não está sendo cumprido, esse sistema aponta para algum tipo de crise. Ele não está cem por cento perfeito. Porque tem o SUS constitucional e tem o SUS real, que é diferente do SUS constitucional. Então tem uma crise. Qual é essa crise? Tem a crise da questão do modelo. E por que tem a crise do modelo? Porque se o SUS é perfeito, constitucionalmente, então tem a crise de modelo institucional. Se está posto na Constituição Federal e ele não é cumprido como está posto na CF, então a crise é institucional e o não cumprimento do que está posto na CF não é por má vontade dos trabalhadores, não é por má vontade das pessoas que utilizam o sistema. Tem várias vertentes. E a 1ª delas é a crise do financiamento. O Brasil tem 300 dólares por habitante/ano. E aí vai uma pergunta para os heróis que insistem em achar que o gestor nunca tem razão. A crise do financiamento. Aprovada a Emenda Constitucional nº 29, de Eduardo Jorge no ano 2000, em 2008 ainda não foi regulamentada. E a Emenda nº 29 define o que são gastos de saúde, define qual o percentual a ser gasto pelo município, qual o percentual a ser gasto pelo estado e que liberou a União de dizer qual é o percentual que ela deve colocar na despesa com saúde. Essa liberação gerou que: em 1980 de cada R\$100,00 públicos gasto com saúde R\$78,00 era da União. Em 2006, 2007 - de cada R\$100,00 públicos gastos com saúde apenas R\$46,00 foi dinheiro da União. E agora onde é que estamos? Nós brasileiros conscientes, que temos vontade de defender o que é nosso, que não emparedamos o Congresso, que não vamos lá com veemência, que não cobramos do nosso presidente, do nosso governador, ou dos prefeitos e vereadores, para cumprir o que é constitucional e botar na saúde o que lhe é devido.

Ninguém aplaude, ninguém responde, é bom pensar um pouco. Porque temos uma grande capacidade de mobilização, e enquanto profissionais da saúde estamos acostumados a ser emparedados dentro da nossa unidade. O médico corre com medo do cara que chegou bêbedo, que veio com a questão familiar em casa porque não tinha como pagar o aluguel de casa, o filho estava estudando e ele teve uma crise social que ele não pode vencer e ele venceu a crise, numa bodega bebendo um gole de pinga indo para a rua fazendo confusão e lá no serviço médico esfaqueado, cortado ou para tomar uma glicose chega e nós profissionais é que somos o anteparo da crise social que o país vive. E não temos a competência e a capacidade de nos indignarmos e irmos, persistentemente, para dentro do Congresso para cobrar dos deputados aquilo que eles têm que fazer que é aprovar leis para dar à saúde brasileira o recurso que lhe é merecido.

Tem a 2ª crise que é a crise de Recursos Humanos, não adianta dizer que não tem médico em Xapuri, em Barreira, em município pequeno, que hoje são 450 que não tem médico, e também ninguém perguntou ao profissional porque ele não vai. Ele não vai porque ele não tem a segurança trabalhista que ele deveria ter, talvez ele não tenha a unidade de saúde adequada para o exercício da profissão de médico ou enfermeiro ou dentista, agente de saúde, porque não se tem uma política de investimento na estrutura da Atenção Primária, porque essa não tem a lei da nossa defesa ou quem faça porque ela não tem os grandes rendimentos que geram as grandes emendas parlamentares. A crise de Recursos Humanos começa pela formação profissional. É preciso repensar o tipo de profissional para atender ao SUS. No entanto, o Brasil que tem quase 200 milhões de habitantes hoje já é o 3º país do mundo em número de faculdades de medicina. O 1º é a Índia com 230 faculdades e a Índia

tem um bilhão de habitantes. A 2ª é a China com quase 2 bilhões de habitantes e o 3º o Brasil que tem apenas 200 milhões de habitantes. Para que tanta faculdade de medicina? Quem está liberando? Qual é o seu perfil? A quem está servindo? Qual é o perfil do formando para colocar nas unidades de saúde? Tem crise de Recursos Humanos, tem crise de financiamento, tem crise de modelo institucional, tem crise de modelo assistencial também. Tudo isso vai ter que ser repensado para se garantir dentro do tempo médio uma retomada de crescimento do sistema para que ele possa dar as respostas necessárias. E dizer isso com toda certeza. Pois trabalhadores e gestores da saúde, e com certeza aqueles que estão aqui e outros que não puderam vir, podem hoje após 20 anos dizer que: no Brasil tem mais de 18 anos sem poliomielite, que praticamente controlou o sarampo - 7 a 8 anos sem sarampo a não ser casos importados, praticamente vai eliminar a rubéola, tem o melhor programa de Aids do mundo, o maior programa de imunização do mundo que são exemplos copiados por muitos. Se tem uma quantidade enorme de deficiências, e no entanto, se conseguiu evoluir para apresentar todos esses indicadores positivos, algo há de diferente que contribui para o crescimento do sistema e para sua sustentação, que é a ideologia dos que trabalham no SUS e a vontade de fazer o sistema de saúde do tamanho dos nossos sonhos. Para continuar garantindo o seu crescimento é preciso olhar para dentro e perguntar o que é que tem que ser questionado, como é que tem que corrigir, o que possível fazer com que ele para que evolua na velocidade que almejada, para dar repostas. Essa contribuição, desta XV Plenária de Conselhos também tem que fazer essa avaliação para dentro e olhar para fora e cobrar dos outros atores sua parte no processo. Qual é a 1ª reivindicação de uma central sindical na hora de negociar: qual o plano de saúde que vai atender aos sindicalizados, e qual é a posição dos que trabalham no próprio sistema, será que é fazer um planinho para si e para sua família? Como se defende uma estrutura pública como a esta e não se tem o cuidado de proteger um plano de saúde para todos, um plano de saúde para as pessoas pobres e ricos, universal. São pontos como este, que é preciso discutir com cara limpa, sem medo de vaia, sem medo de nada, porque a reflexão só é pura, se ela vier de dentro da alma sem fingimento.

**MESA 3 – PACTO PELA SAÚDE: O PACTO EM DEFESA DO SUS, O PACTO DE GESTÃO E FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL.** Expositores: Silvana Leite Pereira - Coordenadora Geral do Departamento de Apoio à Descentralização - DAD/MS. Arilson Cardoso - Representante do Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. Eni Carajá Filho - Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Coordenação de Mesa: Elizabeth Mourão Moraes - Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Amapá. Relatora: Márcia Sueli Brito - Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde por Roraima.

### **SILVANA LEITE PEREIRA**

Iniciou falando do novo Pacto Federativo que hoje organiza o SUS e dá as orientações para o SUS. O debate e a pactuação foi feito durante os anos de 2004, 2005 e no início de 2006, tivemos a publicação das portarias do Pacto pela Saúde. Articular o novo Pacto Federativo que ganhou o nome de Pacto pela Saúde foi necessário diante de desafios que estavam colocados como: Alcançar maior efetividade eficiência e qualidade da resposta do sistema às necessidades da população; Promover inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS; Superar a fragmentação das políticas de saúde.

Os Princípios do Pacto pela Saúde são o respeito às diferenças locais - constitutiva do processo de pactuação e reforça a organização das regiões sanitárias, que deverão

construir o modelo mais adequado de atenção à saúde – o modelo de Atenção à saúde diz que os problemas da população devem ser resolvidos no nível regional e que devemos respeitar as diferenças regionais que existem no Brasil e no Brasil dentro dos Estados; reconhecimento da autonomia dos entes e de todos os gestores como plenos do sistema; relações cooperativas, com co-responsabilização e cooperação técnica entre os entes; qualificação do acesso da população à atenção integral – com redefinição dos instrumentos de regulação, programação e avaliação.

O Pacto pela Saúde substitui o processo de habilitação previsto na NOB e NOAS pela adesão ao Pacto pela Saúde e essa adesão ao Pacto é expressa pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão com municípios, estados e federação e essa adesão é um movimento voluntário dos municípios e estados. Ela expressa que “Todos os gestores são plenos na responsabilidade pela saúde de sua população”. Com o pacto acaba essa divisão em municípios plenos e não plenos. O município é responsável, tem responsabilidade sanitária pela saúde da sua população e o que ele não executa no seu território ele tem que pactuar na sua região ou no âmbito estadual para que o município consiga garantir assistência à saúde de sua população.

No início do ano foi feita uma avaliação tripartite com Conass, Conasems e Ministério da Saúde sobre o processo de implantação do Pacto que tinha ocorrido no início de 2008 e entre os fatores que foram identificados estão os que qualificam o processo de adesão de estados e municípios: o papel exercido pela Secretaria de Estado da Saúde na coordenação do processo de pactuação – observou-se que nos estados, onde o processo de pactuação foi coordenado pelo estado, o pacto teve mais adesão e o processo de construção do pacto foi mais qualificado; iniciativa de definir o Grupo Condutor Estadual para o processo de pactuação e participação dos representantes do COSEMS no Grupo de Condução Estadual; elaboração de Plano de Ação Estadual para enfrentamento das fragilidades apontadas no Termo de Compromisso de Gestão Estadual e esse plano de ação não é só estadual ele é municipal também. No termo temos um conjunto das responsabilidades e o município ou estado colocam no pacto se realizam ou não aquela responsabilidade que pactuaram. Ao dizer que não realiza deve traçar um plano de ação para superar aquela fragilidade. No caso dos municípios ele poderá não superar sozinho e só vai conseguir fazê-lo regionalmente.

No pacto temos três dimensões: o **Pacto pela Vida** – conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuados de forma tripartite – hoje em 2008 temos 11 prioridades: saúde do homem, saúde do idoso saúde mental sendo que no 1º ano foram 9 prioridades e o CNS no final de 2008 acrescentou mas 2 prioridades; **Pacto em Defesa do SUS** – que expressa os compromissos entre gestores com a consolidação do processo de Reforma Sanitária e articula ações que visam qualificar e assegurar o SUS como política pública; **Pacto de Gestão** – valoriza a relação solidária entre gestores, definindo diretrizes e responsabilidades expressos em Termos de Compromisso de Gestão. E nesta avaliação da implementação do pacto, a dimensão que menos avançou foi a dimensão em Defesa do SUS. Não conseguimos ganhar essa defesa, inclusive na mídia, que ataca muito o SUS, mas que raramente diz dos problemas ou das causas de alguns dos problemas e que às vezes esclarece pouco para a população a respeito do Sistema.

O Pacto Pela Vida estabelece uma agenda comum prioritária nacionalmente. São prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Esta dimensão implica em um processo de: definição de objetivos, indicadores e metas nacionais, em cada município e estado, pactuadas de forma tripartite; definição de estratégias para alcançar estas metas; instituição de um processo de monitoramento; processo de pactuação e monitoramento on-line direto do Ministério da Saúde; explicitação do compromisso dos gestores com a busca de integralidade, colocando a promoção à saúde

na agenda central. Todos os conselhos de saúde aprovaram essa pactuação de indicadores que foi feita. Aqueles indicadores faziam relação com as onze áreas prioritárias do Pacto pela Vida. As onze prioridades são o controle do câncer do colo do útero e da mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde, fortalecimento da Atenção Básica, saúde do trabalhador; saúde mental, fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência, saúde do homem. Essa é uma agenda comum nos três níveis de governo.

O Pacto em Defesa do Sus busca qualificar e assegurar o SUS como uma política pública; a repolitização da saúde como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira; promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social – construir uma agenda positiva do SUS no imaginário, com as necessidades do sistema. Ter os Conselhos de Saúde como espaço estratégico para a construção e monitoramento do Pacto pela Saúde, garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.

No Pacto de Gestão falou das Diretrizes: Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada Integrada, Regulação, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. No portal da Saúde na página do MS estão disponíveis todos os livros do Pacto e podem ser baixados.

Mostrou num mapa qual a real situação dos Estados e Municípios que aderiram ao pacto e informou que naquele dia, o Estado de Pernambuco teve seu Termo de Compromisso homologado na CIT, e no dia anterior, chegou a notícia que o Termo de Compromisso de Gestão do Estado do Acre chegara ao Ministério da Saúde para um parecer das áreas técnicas, faltando só o Estado de Piauí fazer adesão ao Termo.

Para se ter uma dimensão da adesão que o Pacto teve por parte dos municípios, em todos os anos que valeram a habilitação plena do Sistema, desde as NOBs, 681 estavam na Gestão Plena até 2004, quando foi suspenso o processo de habilitação em Gestão Plena, porque o Pacto já estava em plena discussão.

No Pacto, 2728 municípios fizeram adesão, com uma concentração maior em alguns estados, principalmente porque em alguns estados como Ceará, Minas Gerais, São Paulo e Paraná, os municípios fizeram movimento de fazer o pacto, ao mesmo tempo que o Estado construía seu termo de adesão, e as Secretarias Estaduais coordenaram o processo de discussão com os Cosems, junto com os municípios numa adesão em bloco.

Falou em seguida dos avanços quando o Pacto - Institui a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão considerando todos os gestores plenos na sua responsabilidade; Explicita a adesão e abre a possibilidade de um novo movimento de pactuação, apontando para uma qualificação permanente. Não é por que o gestor não realiza, ainda, algumas responsabilidades que ele precisa deixar de aderir. Ele pode dizer que não realiza e caminhar para superar suas fragilidades, ou seja, serve de diagnóstico da situação real dos municípios e dos estados. Coloca a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização. Não tem como discutir na saúde somente com a descentralização do município. O Brasil tem inúmeros municípios com 10 mil, 20 mil habitantes, 30 mil habitantes que não vão ter suficiência de serviços. E para discutir integralidade é necessário discutir soluções regionalizadas para certos serviços.

Uma dessas soluções é a Proposição de um financiamento tripartite, integrando as várias formas de repasse dos recursos federais de custeio e formulando critérios de equidade nas transferências fundo a fundo. Ainda, a unificação dos vários pactos existentes hoje. Um avanço em relação aos vários pactos é essa pactuação unificada que foi a agenda de todos os conselhos no Brasil, porque tínhamos o Pacto da Atenção Básica, da Vigilância, etc. E

então a Portaria 91/GM, de 10 de janeiro de 2007 e a Portaria 325/2008 unificaram o processo dos pactos.

O Pacto coloca a Regionalização no centro da discussão, rompendo com a lógica política administrativa com respeito às realidades locais, redefine critérios para os desenhos das regiões, fortalecendo o processo de planejamento e organização da rede de serviços a partir da necessidade de saúde da população, reconhecendo a Região de Saúde como espaço de produção da saúde – organização da rede de atenção e enfrentamento dos problemas coletivos, a descentralização para as CIBs, dos processos de credenciamento de serviços e a implantação dos Colegiados de Gestão Regional. Também trás uma agenda importante para os conselhos porque nos Colegiados de Gestão Regional – CGR, conforme previstos nos livros do Pacto prevêm uma ampla participação do Controle Social. E como os Conselhos estão organizados por municípios e por estados é importante ver como será a participação do Controle Social no espaço dos Colegiados de Gestão Regional.

Os Colegiados de Gestão Regional são espaços intergestores de articulação e pactuação, correspondente a uma região de saúde, que se constitui como instância capaz de gerar novas possibilidades de gestão no âmbito do SUS, com potencialidade para qualificar e diferenciar o processo de regionalização da saúde.

Considerado como imprescindível a um processo de regionalização qualificado, deverá operar como espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária, garantindo e aprimorando a aplicação dos princípios do SUS; Devem ser constituídos com a participação de todos os gestores municipais da Região de Saúde e por representantes dos gestores estaduais, que deverão, juntos, definir as prioridades regionais e pactuar soluções, objetivando a organização de uma rede de ações e serviços à saúde integral e resolutiva.

Além da deliberação CIB, sobre a constituição dos CGR, há a necessidade de formalização da adesão ao pacto pelo estado (TCGE) e comunicação formal à CIT. Existem 352 CGR em dezessete Estados caracterizando uma ausência na Região Norte e totalizando 4.578 municípios que compõem algum colegiado.

Falou em seguida sobre o Plano Diretor de Regionalização – PDR, fazendo os seguintes questionamentos: o PDR está harmonizado com as diretrizes e prioridades do Plano Estadual de Saúde para as regiões do estado? Oferta das ações e serviços – orienta pelas necessidades populacionais e especificidades regionais? O PDR contempla proposta de organização das ações e serviços de saúde sob a forma de estruturação de redes? Como tem sido realizado o debate a sobre o grau de resolutividade que deverá ser proposto para cada região de saúde?

Em seguida fez um relato das adesões ao Termo de Compromisso de Gestão dizendo que em 2006, somente 4 adesões ao Termo de Compromisso de Gestão, em 2007, 14 Estados assinaram o Termo de Compromisso de Gestão: Amapá, Roraima, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Rio Grande do Norte, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo.

Prosseguindo falou do levantamento nos 14 Estados que firmaram o Pacto em 2007, só com relação ao Eixo 7: Responsabilidade na Participação e Controle Social, com o objetivo de ver qual a situação em relação a algumas responsabilidades sanitárias considerando que tem que ser uma agenda de debate tanto para o Ministério da Saúde, quanto para os Estados e Municípios e o Controle Social. Das 8 responsabilidades do Eixo 7 as que tem maior percentual de “Não realiza” são as de número 7.7 - Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS e 7.8 - Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais:

1 - Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;



- 2 - Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- 3 - Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;
- 4 - Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- 5 - Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;
- 6 - Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- 7 - Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- 8 - Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

Importante e necessário tomar conhecimento desse retrato e ver como superar essa fragilidade, e como o pacto é um pacto solidário entre os três entes federados, a solução desses problemas também não está posta para um único ente.

Apresentou os sete cadernos que compõem o Pacto: Diretrizes, Regulamento, Regionalização, Atenção Básica, PPI, Regulação e Promoção da Saúde que estão disponíveis no sítio do Ministério da Saúde colocando seu e-mail à disposição dos conselheiros e conselheiras.

### **ARILSON CARDOSO**

Falou da satisfação de participar do evento como gestor municipal, satisfação dupla, pois cresceu enquanto médico sanitário dentro dos Conselhos, como estagiário de medicina social e evoluiu dentro do SUS, dentro da concepção de saúde, do que queria para sua vida, para batalhar e construir. Relembrou, ainda, sua participação no 1º Congresso de Conselhos de Saúde de conselheiros em Salvador.

Disse que o Conasems defende o Pacto pela Saúde justamente porque é Pacto. O que nos remete a palavra Pacto? Pacto é sentar as três esferas de governo e em pé de igualdade discutir a responsabilidade de cada um na condução do SUS que é operado pela esfera municipal, mas que necessita muito do apoio técnico e, principalmente, do apoio financeiro das outras duas esferas de governo.

O Pacto veio superar aquelas velhas formas que tínhamos e que todos se acostumaram a partir da implantação do SUS, da municipalização da saúde, de receber as normas operacionais que determinavam e que traziam encaixotados o que cada município deveria fazer dentro da municipalização plena, incipiente, plena do sistema, plena da atenção básica e que não permitia que um município ou que um estado pudesse evoluir de acordo com sua capacidade.

O pacto veio superar essa questão. Ele está muito mais diretamente relacionado com a organização do SUS que é um processo em construção e não um sistema estanque, e como processo em construção, ele tem que permitir que o município que hoje faz atenção básica possa assumir a gestão de seus laboratórios, mas não tem condição de assumir a gestão do hospital, de assumir a gestão dos serviços de alta complexidade, ele possa evoluir segundo sua capacidade. Outra evolução dentro do pacto foi o rompimento com aquelas cento e tantas caixinhas de financiamento que os municípios recebiam e que não tinham nenhuma mobilidade para trabalhar. Às vezes, tínhamos um recurso enorme depositado na conta do Fundo Municipal de Saúde e faltando recurso em outra área e não se podia lançar mão desse recurso porque se estava impedido.

Com a criação do pacto isso foi superado. Agora tem os blocos de financiamento e dentro

desses blocos há liberdade do gestor, com aprovação do conselho de saúde, e com discussão e aprovação desse conselho fazer a mobilidade desse recurso de acordo com a necessidade.

O pacto evoluiu muito no momento que criou os três pactos: o Pacto de Gestão, o Pacto pela Vida e o Pacto em Defesa do SUS. No Pacto Pela Vida pode-se estipular as prioridades e ele dá liberdade para que de acordo com a realidade do município ele possa incluir outras prioridades que dizem respeito a realidade de cada um.

No Pacto em Defesa do SUS é necessário retomar a discussão do SUS, repolitizar esta discussão, colocá-la na pauta do dia, principalmente, no aspecto do financiamento e também na evolução da gestão participativa e do controle social. O Pacto também avança na questão do controle social e da gestão participativa por três questões: a 1ª quando estabelece toda a rediscussão do que se fazer ou não fazer no município. Quando ele coloca como Eixo Estruturante a Regionalização: nela discute-se o que tenho condição de fazer, o que pactuar com o município vizinho, na região, o que alcançar em um pólo estadual de resolução e isto está definido dentro de um Termo de Compromisso de Gestão e este Termo de Compromisso de Gestão será assinado pelo Secretário Municipal de Saúde. Isto é importante para o conselheiro, porque naquele momento cada conselheiro pode ver o que está sendo resolvido no município, o que o município está realizando, se comprometendo a fazer, o município que não faz, porque não faz, e quanto tempo e o que vai ser necessário para o município assumir o que não está fazendo. Esse conselheiro vai ver as referências, onde vai o paciente que não é atendido e qual é o município pólo que vai se comprometer em assumir aquela referência, se vai ser na região ou no Estado ou eventualmente fora do Estado. E é importante porque vai ficar escrito no Termo de Compromisso e todos vão poder ver e acompanhar. Há, porém uma grande confusão nisso e via de regra acaba no Ministério Público, o município tem que pagar situações que não estão contempladas no Fundo Municipal de Saúde pelo qual ele não recebe repasse financeiro e que na grande maioria das vezes é de outra esfera de governo, e os municípios acabam tendo que cumprir, de pagar, que remanejar recursos de outras áreas para poder dar conta daqueles serviços que seriam de responsabilidade de outras esferas de governo. E tudo isso vai ficar descrito no Termo de Compromisso e discutido por todos os conselheiros. Importante que cada conselheiro tenha uma cópia do termo para saber o que cada município está assumindo fazer, o que não está assumindo e o que está sendo praticado com os outros municípios de resolutividade maior que o meu, para não gerar confusões comuns hoje.

Dentro do Termo de Compromisso de Gestão temos compromisso com o controle social, com a participação e com a gestão participativa que cada município vai ter que discutir com seu conselho municipal de saúde, e vai ter que evoluir nessa discussão junto com seu conselho municipal de saúde. Além disso, no bloco de financiamento tem o bloco do financiamento de gestão e dentro desse bloco de financiamento, tem um componente para estímulo dos conselhos e formação de conselheiros, ou seja, Educação Permanente para conselheiro, e isso é importante para o controle social. Porque o conselheiro que entrou para o conselho de saúde para desenvolver suas funções, suas atividades de conselheiro tem que compreender este emaranhado de siglas, de normas, de portarias que compõem o SUS. Muitas vezes o conselheiro acaba sendo enrolado por alguém que conhece mais a matéria, que conhece as portarias, que faz discurso bonito e para o conselheiro que não conhece as portarias, não conhece a estrutura do sistema, fica muito fácil para qualquer um com discurso fácil, com discurso bonito levar o plenário do conselho a votar na situação, a se pronunciar por uma outra coisa e que muitas vezes não vêm ao encontro do interesse daquilo que os usuários necessitam. Esse componente, que trás recurso para formação

para capacitação, para Educação Permanente dos conselheiros/as é extremamente importante e isto tem que ser cobrado. Não basta o conselheiro ser nomeado, ter a portaria homologada pelo prefeito, ele tem que ter capacitação. O conselheiro tem que entender o que está discutindo para poder intervir com qualidade em cima daquelas discussões que vai ter que aprovar, deliberar e fiscalizar.

E este também é o objetivo do Conasems que está empenhado em que esta discussão chegue a todos os secretários municipais de saúde. O Conasems tem um núcleo dentro de sua estrutura de Controle Social e Gestão Participativa e está trabalhando para que os secretários possam ter este entendimento de que o SUS não evolui nas 3 esferas de governo se não tivermos um conselho de saúde forte, com conhecimento e participando das deliberações, em cada uma dessas esferas de governo. De outra forma a Política de Saúde não se concretiza. O SUS só é forte hoje porque tem o componente do Controle Social. Hoje discute-se a crise mundial que assola, principalmente, os sistemas universais de saúde e são esses sistemas que nós sanitaristas quando discutimos na 8ª Conferência Nacional de Saúde as bases que trariam o SUS, tomamos como modelo para discutir como o sistema canadense, o sistema inglês, o cubano e vimos que hoje existe uma investida grande em cima desses sistemas. Mas o SUS tem um diferencial desses sistemas de saúde, o SUS tem o Controle Social e este SUS já sofreu esta investida desde sua criação para que ele não fosse estruturado, da iniciativa privada para que não tivesse financiamento, não conseguisse se organizar. E tem resistido bravamente graças ao Controle Social. E este Controle Social tem que ser ampliado. E o Pacto reforça isto, no momento que ele cria financiamento, propõe uma rediscussão de todo esse sistema de saúde na base municipal, regional, estadual e federal. Todos tem que participar dessa discussão, se apropriar do que é o Pacto. Quando no município se discutir o Pacto e o secretário propor adesão ao Pacto, sentar com o secretário e analisar ponto a ponto do Termo de Compromisso de Gestão, e ver junto com o secretário municipal de saúde como vai se dar a referência, como está a proposta de regionalização no estado, porque se não tiver uma boa proposta de regionalização, este pacto não vai avançar e não vai ter a mobilidade e a assistência que o usuário necessita. Importante avaliar junto com o secretário de saúde como está a política de formação dos conselheiros e como está o reforço do Controle Social. Discutir como está a PPI, aonde está e como está sendo discutida a Programação Pactuada Integrada e se apropriar da discussão e os conselheiros tem que conhecer o que quer dizer cada uma dessas siglas, porque elas implicam no dia a dia do atendimento, implicam no número de consultas que a unidade básica de saúde vai ter, implicam no número de exames que vão estar disponíveis para a população, número de internações, de ressonância magnética, no terapia renal, no tratamento do câncer. Cada uma dessas coisas tem que ser entendida por cada um de vocês.

E para concluir, o CONASEMS está seriamente empenhado na implantação do Pacto. Alguns estados com maior evolução, outro com menor. Mas todos nós queremos que o Pacto no momento em que construído, em cada um dos estados, cada um dos municípios que seja construído com responsabilidade, com conhecimento dos gestores e da comunidade que vai ser assistida.

## **ANEXO I**

### **PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

## **XV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE**

### **CAPITULO I DA REALIZAÇÃO**

Art. 1º - A XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, movimento dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, será realizada nos dias 26, 27 e 28 de novembro de 2008, em Brasília – DF, com os seguintes eixos temáticos: Financiamento de Saúde/Emenda Constitucional nº 29; Gestão Pública do SUS e Pacto pela Saúde em Defesa do SUS e de Gestão e Fortalecimento do Controle Social.

### **CAPITULO II DA PARTICIPAÇÃO**

Art. 2º - Participação da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, os representantes dos Conselhos de Saúde que enviarem, em tempo hábil, seu pedido de inscrição ao Conselho Estadual/Distrital de Saúde (CES), de seu Estado.

§ 1º - As inscrições dos representantes dos Conselhos Municipais (Regionais) serão realizadas junto ao CNS por intermédio dos Conselhos Estaduais de Saúde, impreterivelmente até a data de 05 de novembro de 2008.

§ 2º - O número de participantes por Conselho será de 04 representantes, obedecida a paridade, sendo 02 usuários, 01 trabalhador e 01 Gestor/Prestador, conforme a Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º - Os Representantes Titulares da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e Conselheiras e Conselheiros do CNS são participantes natos.

### **CAPITULO III DO CREDENCIAMENTO**

Art. 3º - O credenciamento iniciará às 16:00 horas do dia 26 de novembro de 2008, estendendo-se até as 12 horas do dia 27/11/2008.

Art. 4º - São participantes credenciados da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde as Conselheiras e Conselheiros inscritos até o dia 05 de novembro de 2008, prazo improrrogável, conforme definição da Coordenação da Plenária Nacional e homologado pelo Conselho Nacional de Saúde.

### **CAPITULO IV DO EIXO TEMÁTICO E DOS DEBATES**

Art. 5º - A XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde terá como eixos temáticos: Financiamento de Saúde/Emenda Constitucional nº 29; Gestão Pública do SUS e Pacto pela Saúde em Defesa do SUS e de Gestão e Fortalecimento do Controle Social.

Art. 6º - A programação contará com 03 Mesas Redondas com os Temas: Mesa 01: Financiamento de Saúde/Emenda Constitucional nº 29; Mesa 02: Gestão Pública do SUS;

Mesa 03: Pacto pela Saúde em Defesa do SUS e de Gestão e Fortalecimento do Controle Social.

Parágrafo Único - Cada Mesa contará com 01 Coordenador e 01 Relator indicados pela Coordenação da XV Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde.

Art. 7º - A dinâmica das Mesas Redondas será na forma da Programação.

§ 1º - Os conselheiros terão três minutos improrrogáveis para fazer sua intervenção e será avisado quando faltar 1 (um) minuto para a conclusão da fala.

§ 2º A Mesa dos Trabalhos submeterá ao Plenário o limite de Inscrições.

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

## **CAPITULO V DAS MOÇÕES**

Art. 9º - As moções deverão ser apresentadas, improrrogavelmente, à Comissão Organizadora até as 12 horas do dia 28 de novembro de 2008 e serão subscritas por no mínimo 10% (dez por cento) dos Conselheiros e Conselheiras credenciados (as).

## **CAPITULO VI DA PLENARIA FINAL**

Art. 10 – Os encaminhamentos definidos nas Mesas 1, 2 e 3 serão de imediato apreciados pela Plenária e consensados, os quais serão encaminhados aos relatores, para compor o Relatório Final da XV Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde.

§ 1º - A Plenária é soberana para decidir sobre os encaminhamentos e ou recomendações.

§ 2º - A palavra será concedida conforme a ordem de inscrição, não podendo o Conselheiro ou Conselheira exceder ao tempo de 3 minutos.

§ 3º - Quando declarado, pela Mesa dos Trabalhos, **em regime de votação**, não caberá Questão de ordem, apartes ou elucidações.

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

## **CAPITULO VII**

### ***DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS***

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

Art. 13 - Asseguram-se às Conselheiras e Conselheiros credenciados (as) o questionamento, “pela ordem”, de encaminhamento à Mesa, sempre que, a critério de qualquer dos presentes, não esteja sendo cumprido o Regimento.

Art. 14 - Os casos omissos neste Regimento serão encaminhados pela Comissão Organizadora, após apreciação e aprovação pelo Plenário.

Coordenação da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

## **ANEXO II**

### **Manifesto da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde**

Ao Conselho Nacional de Saúde  
Ao Ministério da Saúde  
À Sociedade Brasileira

A XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde que contou com a participação de conselheiros estaduais e municipais de saúde de todos os Estados Brasileiros, ocorrida na cidade de BSB - DF no período de 26 a 28 de novembro de 2008, ao analisar a conjuntura da saúde pública no Brasil, percebeu que há muitos e grandes desafios, sendo o maior deles o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, enquanto política pública de Estado, visando a qualidade de vida e o direito a cidadania de forma sustentável para toda a população.

Desta forma, expressamos neste Manifesto os principais desafios para implementação desta política:

1. Que sejam homologadas e publicadas as deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde, que assegurem o cumprimento destas deliberações pelo poder público e seu monitoramento pelo controle social.
2. Priorizar a inversão do modelo de atenção - do curativo para a promoção e prevenção da saúde.
3. Concurso público com responsabilidade tripartite pela contratação e remuneração do trabalho de acordo com Diretrizes do Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários do SUS, elaborado pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.
4. Reestruturação curricular desde o ensino fundamental, inserindo matéria sobre o Sistema Único de Saúde.
5. Implementar no SUS as residências multiprofissionais.
6. Ampliar o rigor na análise de pedidos de abertura e renovação de cursos na área de saúde, atendendo a demanda social com fiscalização dos cursos já existentes.
7. Resgatar o comando único do SUS, com autonomia administrativa, política e financeira de gestão, impedindo que a mesma se dê pelo caixa único do Ministério da Fazenda.

8. Serviço civil em saúde - compromisso dos estudantes da saúde formados em escolas públicas com prestação de serviços no setor da saúde pública no Brasil, como forma compensatória.

9. Garantia de financiamento para as atividades de Controle Social, inclusive para a autonomia financeira dos Conselhos de Saúde.

10. Rejeição do Projeto de Lei nº 092/2007 que pretende criar Fundação de Direito Privado na saúde e outras políticas públicas.

11. Defesa da aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 por meio do Projeto de Lei nº 306/2008 na forma de seu substitutivo apresentado pelo Deputado Pepe Vargas.

12. Que o Conselho Nacional de Saúde e a Coordenação Nacional de Plenária de Conselhos de Saúde convoquem em caráter extraordinário uma Plenária Nacional para mobilização e pressão junto ao Congresso Nacional e ao Palácio do Planalto para garantir a regulamentação da EC nº 29 e retirada do PL que cria as Fundações de Direito Privado.

13. Para finalizar, a XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde sugere que seja promovido atos e manifestações unificadas nos Estados e Municípios em todo o País, com a presença de parlamentares, organizadas pelos respectivos Conselhos de Saúde e movimentos sociais, em defesa intransigente do Sistema Único de Saúde, garantia de financiamento da gestão pública da saúde e contra as propostas e ações de privatização e terceirização das ações e serviços de saúde em curso nos Estados e Municípios.

Brasília, 28 de novembro de 2008.

## **ANEXO III**

### **PROPOSTAS**

#### **PLENÁRIA FINAL – APRECIÇÃO E DELIBERAÇÃO DAS PROPOSTAS**

COORDENAÇÃO DE MESA: Francisco C. Teixeira - Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Distrito Federal. Benedito Alexandre de Lisboa - Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde por Alagoas. José Teófilo Cavalcante - Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Piauí. RELATOR: Eni Carajá Filho - Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde

#### **MESA 1: FINANCIAMENTO DA SAÚDE E REGULAMENTAÇÃO DA EC-29/2000.**

1. Prestação de contas trimestral da atuação dos gestores de saúde ao Tribunal de Contas, Ministério Público, e aos Conselhos de Saúde em audiência pública, com ampla publicização.
2. Apoiar PL 306/2008 na forma do substitutivo do relator Pepe Vargas que define o que são ações e serviços de saúde, mecanismos de controle social, obriga a vinculação dos três entes federados, cria a Contribuição Social da Saúde como fonte adicional de financiamento, isenta aposentados, pensionistas e quem ganha até R\$ 3.100,00 e taxa todos em 0,1% sobre as contribuições financeiras o social da Saúde, como forma de Regular a EC 29/00.

3. Cabe ao CNS por sua representatividade, (Município, Estado e União), com base na Lei da Constituição Federal, sendo totalmente implementada pelo rigor da EC nº 29/00.
4. Cabe aos CES e aos CMS, tão logo seja promulgada a regulamentação da EC 29/00, iniciarem seus trabalhos perante a 2º e 3º esferas de governo e respectivas Câmaras Legislativas, lutando com o apoio da estância do Ministério Público correspondente, na implementação em curto prazo da EC 29/00.
5. Revisão no Sistema de Financiamento, com atendimento das demandas Regionais e Municipais e do Distrito Federal, com atendimento medicamentoso específico e procedimentos de média e alta complexidade, a pedido do CNS, CES, CMS e CRS nas três esferas de Governo.
6. Aumentar o repasse de recursos da união para os municípios, Estados e Distrito Federal de acordo com os critérios epidemiológicos e demográficos.
7. Criação da comissão de acompanhamento mensal para acompanhamento nos conselhos de saúde da execução orçamentária nas três esferas de governo.
8. Que o TCU chame os TCEs para discutir em grupo de trabalho a avaliação das contas dos estados.
9. Que a união não repasse verbas da saúde para estados que não repassam aos municípios os percentuais estabelecidos pela EC- 29.
10. Que o dinheiro da verba para saúde seja usado exclusivamente na saúde.
11. Implantação do teto nacional do SUS.
12. Tornar os problemas causados pelas drogas questão epidemiológicos.
13. Criação de fundo especial em percentual de 1% do fundo, nas três esferas de governo para custear as despesas de atuação e participação dos conselheiros.
14. Buscar pela reforma política, tributária, educacional e política clara de emprego.
15. Livre acesso no sistema de cadastramento do cartão SUS e entrega urgente do cartão definitivo.
16. Garantir que as três esferas de governo apliquem os recursos financeiros, prioritariamente, na rede própria do SUS.
17. Que o orçamento da saúde seja distribuído por região com transparência para os conselheiros, assegurando que o princípio pilar na construção do SUS seja respeitado.
18. Que seja regulamentada a EC-29 imediatamente pelos poderes Legislativos (Senado e Câmara) para que tenhamos um financiamento mais justo para Saúde.
19. Estabelecer critérios de punição aos gestores que não cumprirem a resolução 333/03, em relação aos repasses financeiro para o pleno funcionamento dos conselhos de saúde.
20. Descentralizar os recursos no que se refere à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e à Lei Orçamentária Anual (LOA) e o conselho acompanhem a aplicação dos mesmos.
21. Que os recursos do fundo municipal de saúde sejam gerenciados pelos secretários municipais de saúde, com a fiscalização dos conselhos municipais, penalizando aos gestores municipais que impossibilitem este gerenciamento conforme garante a Lei 8.142.
22. Que se crie mecanismos legais para cumprimento da determinação da 13 Conferência Nacional de Saúde onde especifica 'autonomia, administrativa, orçamentária, política e financeira dos Conselhos de Saúde'.
23. Que o Estado financie a ESF no montante equivalente a 50% do valor repassado pelo Governo Federal.



## **MESA 2: FORTALECIMENTO DA GESTÃO PÚBLICA DO SUS**

1. Avaliar e fiscalizar continuamente os diversos instrumentos de diagnóstico e tratamento, principalmente, do setor privado e público.
2. Que o CNS mobilize todos os Conselhos e a sociedade, em caráter de urgência, urgentíssima, a presença destes em Brasília, o mais breve possível, impedindo assim a votação do Projeto de Lei da Fundação de Direito Privado; pois se esperarmos a Plenária Nacional, poderá ser tarde e comprometer a Universalidade do SUS e Controle Social.
3. Priorizar a inversão do Modelo de Atenção a partir da prevenção, promoção da saúde e da atuação da equipe multiprofissional e da intersetorialidade.
4. Reestruturar e fortalecer a rede pública realizando concurso público, remunerando o trabalho de acordo com as Diretrizes Nacionais do Plano de Cargos, Carreira e Salários do SUS.
5. Conclamar as pessoas a não votar em candidatos que tiveram ou tenham algum tipo de problema com a Justiça.
6. Acabar com a imunidade de políticos corruptos.
7. Garantir que a verba para a RENAST venha carimbada para que as comissões de Saúde do Trabalhador e os CERESTs venham atuar nas questões relativas à prevenção da Saúde do Trabalhador (existe a Portaria nº 2437/GM de 7/12/2005, que dispõe sobre o fortalecimento da RENAST no SUS).
8. Que a informatização das redes UBS, PSF, HOSPITAIS, URG E EMERG. ETC..., se utilizem de softwares integrados às políticas ministeriais, capacitados para gerarem prontuários eletrônicos, e que sejam certificados por sistema de Certificação Pública.
9. Que as redes de saúde sejam devidamente informatizadas, com softwares e programas que tenham instrumentos de acompanhamento e monitoramento devendo estar acessíveis conforme determina o Decreto Federal 5.296 (Decreto da acessibilidade) e o PID (Plano de Inclusão Digital) capacitando os profissionais em todas as unidades de saúde e que sejam práticos para facilitar o gerenciamento do Pacto de Gestão de forma que procedimentos lançados na ponta sejam capacitados pelos gerenciamentos locais, automaticamente e posteriormente enviados para o Ministério, nos controles, por exemplo: SIAB, SIH, CNES, SAI, SINAST, etc...
10. Que as redes de saúde sejam devidamente informatizadas e integradas, com softwares que sejam práticos para facilitar o gerenciamento do fortalecimento do controle social, nas atividades do Planejamento e Programação, regulação, Controles, Avaliações e Auditorias, Gestões do Trabalho e educação.
11. Não a privatização da saúde pública.
12. Cassação de todo e qualquer tipo de Leis ou formas de privatização do SUS à nível nacional através do poder Judiciário.
13. Que todos os conselhos de saúde sejam convidados a enviarem mensagens (temas) a todos os deputados e senadores pedindo pela aprovação da EC-29.
14. Que todos os conselhos de saúde sejam convidados a enviarem mensagens (temas) todos os deputados e senadores pedindo pela não aprovação do PLP 092/2007.
15. Proibição de todos e quaisquer tipos de contratos indeterminados e terceirizações nos serviços públicos.
16. Cumprimento da lei do nepotismo nos serviços públicos, principalmente no âmbito do SUS.
17. Implantação imediata, manutenção e ampliação de equipe multidisciplinar (assistente social, fonoaudiólogos, nutricionista, terapeutas ocupacionais, enfermagem,

- fisioterapeutas, psicólogo, educador físico, farmacêutico) e a garantia destes profissionais para maior das ações interdisciplinares, para maior resolutividade das ações interdisciplinares e que todos os profissionais sejam capacitados obrigatoriamente para o atendimento de pessoas com deficiência em todos os níveis de atenção a assistência à saúde no âmbito do SUS.
18. Definir como prioridade absoluta nos municípios o debate sobre a fundação estatal de direito privado visando barrar sua constituição. Esclarecer a população e torná-la aliada da defesa do SUS como política pública como forma de assegurar a continuidade deste patrimônio do povo brasileiro.
  19. Descentralizar recursos para os programas de combate a tuberculose tal qual foi feito para o tratamento de portadores do vírus HIV. Direcionando seu uso exclusivamente para pacientes com tuberculose e a prevenção das doenças.
  20. Que se crie um sistema de UTI móvel para atender os municípios não pólos ou regionais para a remoção dos usuários até os locais que atendam à Alta Complexidade.
  21. Que seja cumprido o disposto na Portaria 55 de 24 de fevereiro de 1999/MS que dispõem da obrigatoriedade dos municípios em pagar ajuda de custo aos pacientes do TFD nos deslocamentos Município de origem regional ou capital e ao Estado, cabendo pagamento da ajuda de custo nos deslocamentos para fora do Estado.
  22. Equipar a atenção básica, para melhorar as equipes do ESF e ACS.
  23. Os municípios que realizam procedimento de internação domiciliar pelas Equipes de Saúde de Família, informem no Sistema de Informação Domiciliar SID/SUS para o recebimento do recurso, para reforçar essas atividades na atenção básica.
  24. Que todos os municípios tenham uma ampliação das Equipes de Saúde Bucal, para garantir atendimento (prevenção e tratamento) aos seus habitantes.
  25. Garantir recursos para capacitação de recursos humanos em saúde e relações humanas e que os mesmos sejam repassados aos municípios, para viabilizar e garantir suas demandas.
  26. Buscar junto às esferas recursos para financiar aquisição de veículos para o paciente que faz hemodálises, que se cumpra o que determina a Legislação do SUS. Que o recurso do Tratamento Fora de Domicílio-TFD da região Amazônica seja diferenciado em 20% dos demais estados.
  27. Que seja compartilhada a responsabilidade do T.F.D interno com os municípios inclusive com ajuda de custo aos pacientes e acompanhantes.
  28. Ampliar e garantir os recursos do PAB, de acordo com as demandas regionais (acordado na 13ª Conferência Nacional de Saúde).
  29. Implantação do ESF para as áreas rurais e ribeirinhas com teto financeiro diferenciado e critérios de acordo com densidade populacional e localização geográfica.
  30. Que seja estabelecido recurso específico dentro do Programa Saúde do Idoso, para fisioterapia, hidroginástica e outros tratamentos complementares.
  31. Aumento do teto financeiro de demanda espontânea, proveniente da saúde indígena aos municípios com essa população.
  32. Que a lei complementar nº 126/2008 do estado de Pernambuco, a qual cria as fundações estatais de direito privado, seja revogada pelo governador de Pernambuco com a suspensão imediata dos seus efeitos, em virtude das violações à Constituição Estadual e do total desrespeito para com a deliberação prévia do conselho estadual de saúde de Pernambuco, contrária ao modelo de fundação estatal de direito privado na saúde.

33. Rescisão imediata de todos os contratos de gestão dos hospitais públicos firmados entre os Estados e as OS e OSCIPS.
34. Garantia de financiamento diferenciado para os Estados da região norte, considerando a equidade, as diferenças loco regionais e o fator Amazônico.
35. Que o CNS lidere uma campanha nacional esclarecendo a população a importância do modelo de saúde, com foco na prevenção, no fortalecimento das equipes multidisciplinares e no papel dos conselhos de saúde.

### **MESA 3: PACTO PELA SAÚDE: O PACTO EM DEFESA DO SUS, O PACTO DE GESTÃO E FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL.**

1. Promover política de conscientização dos direitos e deveres em relação ao SUS para a sociedade usuária.
2. Propiciar mais encontros de Conselhos de Saúde de acordo com a conjuntura, nas regiões e estados.
3. Criar uma comissão permanente de acompanhamento de aprovação do projeto de lei 306/2.008 e seu substitutivo que visa a aprovação EC 29 e acompanhar a reforma tributária sendo 1 por estado.
4. Incluir Políticas Públicas de Saúde na grade curricular desde o nível fundamental até o superior.
5. Criar mecanismos de comunicação/informação dos repasses de verbas para os municípios, nas 03 esferas de governo para os Conselhos de Saúde e população.
6. Garantir os meios de comunicação (que são de concessão pública) veiculem em suas programações a imagem do SUS e dos conselhos na mídia de forma esclarecedora.
7. Aprovação da lei da responsabilidade sanitária.
8. Que seja observada a legislação para as Unidades de Avaliação e Auditorias. Onde os auditores devem ser concursados, e que os resultados sejam parte dos relatórios enviados para os CNS, CES OU CMS respeitadas as esferas auditadas.
9. Implantação no currículo escolar do MEC aulas de cidadania.
10. Com o objetivo de fortalecimento da política pública do SUS criar curso de gestão pública para conselheiros com carga horária compatível.
11. Capacitação periódica de conselheiros, como lideranças comunitárias e entidades civis organizadas, governamental e não governamental.
12. Convocar uma plenária extraordinária antes da votação da EC 29 e do projeto de Fundação de Direito Privado.
13. Dar retorno das Conferências de Saúde e Plenárias para os Municípios.
14. Incluir nas discussões a participação dos conselhos da zona rural.
15. Constituir Assessorias Jurídicas e Financeiras para os Conselhos de Saúde.
16. Que à reestruturação dos Conselhos Municipais de Saúde, seja adequada a Resolução nº 333 CNS/2003 do Conselho Nacional de Saúde e que o Prefeito tenha compromisso de encaminhar para a Câmara de Vereadores como critério de Ordem Pública, adequando a Lei a necessidade de Sociedade.
17. Que os conselheiros municipais e estaduais de saúde, recebam diárias para custear despesas com passagens, hospedagens e alimentação e que o valor das diárias não seja inferior a dos técnicos de nível superior das respectivas instâncias.
18. Que haja maior participação dos Coordenadores Regionais, no sentido de colaborarem com os Conselhos Municipais.
19. Fazer-se cumprir o horário dos médicos em plantões de 20 ou 40 horas.
20. Que o Conselho Estadual de Saúde, implemente junto aos Gestores, facilitando a tramitação e execução dos processo de diárias, e deslocamento aos Conselheiros

Municipais de Saúde- Coordenadores Regionais de Plenárias de Saúde, quando estes forem convidados e/ou convocados a participarem de eventos fora da Sede do seu município de origem.

21. Que seja cumprido o que está escrito na Carta SUS no seu Terceiro Princípio do Parágrafo Primeiro, que diz que a comunidade GLBTT, tem direito de usar o nome sócial nas Unidades de Saúde. Que seja divulgado em todas as instâncias do SUS.
22. Que a SES/SMS garantam em tempo integral servidores das áreas técnicas, para subsidiar as ações bem como as comissões temáticas dos conselhos.
23. Que o Conselho Nacional de Saúde, disponibilize em seu site semanalmente as portarias oriundas do Ministério da Saúde, bem como informar as matérias sobre a saúde, que estão tramitando no Congresso e Senado, para maior publicidade e provocação para discussões nos Conselhos Municipais objetivando munir os Conselhos de informações para enriquecer os debates locais.
24. Descortinar o crescimento do setor de saúde privado que só visam lucro adotando legislação idêntica as empresas do sistema sem gratuidade.
25. Baixar resolução ou portaria que proíba indicação meramente política nas unidades do SUS, nos moldes da legislação do nepotismo do judiciário.
26. Garantir nas unidades de saúde do SUS gestores descompatibilizados do setor privado.
27. Intensificar a educação para todos os segmentos do controle social ampliando para as unidades de atendimento básico do SUS.
28. Garantir que os órgãos de fiscalização auditoriais e sindicâncias retornem o resultado de denúncias feitas de desvio de finalidades dos recursos do SUS ao controle social.
29. Instalar mecanismo de classificação de desempenho do gestor do SUS padronizado para todo país.
30. Qualificar gestores/ secretário de saúde em ações de controle social e SUS.
31. Recomendar ao executivo que os secretários de saúde tenham o mínimo de conhecimento na área.
32. Propor que os secretários de saúde sejam avaliados pelo conselho municipal de saúde.
33. Fortalecer os conselhos gestores regionais.
34. Estabelecer compromissos para atingir as metas do SUS.
35. Apoiar os conselhos de saúde e as conferências de saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que possam exercer plenamente os seus papéis.
36. Difundir informações que promovam a transparência da gestão, favorecendo a ação dos conselhos de saúde.
37. Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias do SUS nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da ouvidoria do SUS.
38. Apoiar o processo de mobilização popular social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto.

## **GESTÃO DO TRABALHO NO SUS**

1. Melhorar a qualidade da formação dos profissionais de saúde, com critérios rígidos para a abertura de novos cursos na área de saúde.
2. Mobilizar, amplamente, por meio do Controle Social contra a aprovação do projeto de Lei do Senador Tião Viana que acaba com o cargo de Auxiliar de Enfermagem, com a retirada do mesmo de tramitação.
3. Lutar pela implantação da NOB/RH/SUS (Norma Operacional Básica em Recursos Humanos do SUS).

4. Para que o plano de cargo, carreira e salário saia do papel e que seja criado um piso nacional para cada categoria dos profissionais de saúde.
5. Garantir concurso público e a implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários no SUS em todas as esferas de governo.
6. Criar mecanismos para que as indicações de cargos de chefia obedçam a critérios técnicos.
7. Valorizar os servidores de carreiras do quadro efetivo no PCCS, e com qualificação.
8. Revisar as PPI regionais.
9. Estimular o retorno da dedicação exclusiva para os profissionais na área de saúde.
10. Disciplinar pagamento de plantões extras para todos os profissionais de saúde;
11. Implantar PCCS/ SUS onde não estiver implantado, conforme determina o art. 4º da Lei 8142, inciso VI.
12. Planejar as ações (verificar as metas e o orçamento) na gestão.
13. Punir a falta de responsabilidade do gestor quanto ao atendimento do SUS.

### **Diversos**

1. Para que se faça cumprir a Portaria nº 1.060 de 05/06/2002, que trata da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, de forma a obter indicadores para o Pacto Pela Saúde, compreendendo que o conceito “Deficiente Físico” está ultrapassado sendo modificado pelo Decreto Federal nº 5.296, detalhando cada tipo de deficiência: Física, Auditiva, Visual, Mental e Múltipla.

Propomos:

- 1º. Que o Conceito de Deficiência utilizado em todas as Ações de Saúde, em especial as Ações Programáticas, passem a adotar o texto do Decreto já citado, no seu Capítulo II, Art. 5º, Parágrafo 1º, item a), que detalha cada tipo de deficiência.
- 2º. Que em todos os Sistemas de Informações de Saúde nos itens que se referem a “Deficiente Físico ou Mental”, incluir subitens com cada tipo de deficiência conforme este Decreto.
- 3º. Incluir em todos os formulários utilizados nos Programas de Saúde, um campo para identificar se esse usuário possui alguma deficiência e, possuindo, qual o tipo de deficiência.

## **ANEXO IV**

### **MOÇÕES**

**1º:** Os participantes da XV Plenária repudiam o tratamento que alguns gestores da saúde de muitos municípios deste país vêm dispensando aos Conselhos Municipais de Saúde. Dentre eles: o descumprimento da Resolução nº 333/2003 do CNS no que se refere à estrutura de funcionamento, que querem que os conselhos fiquem subordinados aos interesses das Secretarias de Saúde em detrimento das demandas coletivas, principalmente pelas populações desinformadas, conselhos sem verbas para cumprir suas funções, eleições com cartas marcadas, incapacidade e incompetência para lidar com divergências e adversidades, perseguição política, incapacidade para lidar com divergências pessoais. Até hoje ainda não temos as garantias de fato para que os nossos conselhos cumpram seus papéis, devemos criar mecanismo em que os conselheiros sejam capacitados para entender a prestação de contas, pois se o Gestor não for obrigado a fornecer um auditor para orientar e fiscalizar estas contas, vários conselhos serão apenas Órgão Consultivos e sem competência para justificar sua existência para a sociedade. Assinada por 118 pessoas.

**2º:** Os participantes da Plenária Nacional de Conselheiros (as) repudiam a forma desqualificada que está se dando os debates sobre a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, através do Projeto de Lei nº 3.958/2008, para tentar justificar o processo de desmonte da Fundação Nacional de Saúde, o Ministro José Gomes Temporão, vem se utilizando de práticas no mínimo inaceitáveis, ao comparar as irregularidades no Órgão de forma generalizada, e dessa forma atingindo todos os Servidores do órgão. Queremos que todas as irregularidades que estão sendo apontadas pelos órgãos controladores sejam apuradas e os culpados punidos, porém, não podemos criar novas estruturas dentro do Ministério da Saúde, sem intensificar o combate direto aos corruptos e corruptores. Queremos a estruturação da FUNASA, com o retorno para o seu quadro dos cerca de 33 mil servidores que estão cedidos para Estados e Municípios, só assim, iremos combater a terceirização e evidentemente fazer com que a FUNASA cumpra com a sua missão de prestar serviços eficientes com uma melhor qualidade para o povo Brasileiro. Assinada por 310 pessoas.

**3º:** Considerando que:

- A aprovação da Lei nº 846/1998, que instituiu as organizações sociais foi precedida de um amplo debate junto ao poder legislativo com a realização inclusive de uma audiência pública que contou com centenas de representantes da sociedade civil;
  - Que este debate propiciou alterações no projeto originalmente apresentado tal como o parágrafo 5º do artigo 6º e parágrafo 4º do artigo 14 que impede que sejam implantadas organizações sociais em estabelecimentos de saúde em funcionamento;
  - Que após 10 (dez) anos de aprovação da Lei ainda carecemos de estudos isentos que comparem o funcionamento e gestão dos serviços gerenciados pelas organizações sociais com serviços próprios;
  - Que neste período o Conselho Estadual de Saúde se posicionou contrário a gestão de serviços de saúde pelas organizações sociais;
  - Que o projeto de Lei nº 62/2008 apresentado pelo Governador do Estado de São Paulo à Assembléia Legislativa em 11/11/2008 altera a Lei nº 846/98 possibilitando que todos os serviços de saúde atualmente em funcionamento sejam repassados para organizações sociais;
  - Que o projeto foi apresentado em período que o legislativo tem que discutir questões de essencial importância para a sociedade, tal como orçamento do próximo ano;
- O Conselho Estadual de Saúde, entendendo que qualquer alteração na Lei nº 846/98 que amplie os serviços gerenciados por organizações sociais, deve ser precedido de amplo debate pelo Conselho Estadual de Saúde e pela sociedade, motivo pelo qual, solicita ao Legislativo Paulista, que garanta que este procedimento seja adotado antes da aprovação do PLC nº 62/2008. Assinada por 188 pessoas.

**4ª:** Pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2009. Nós participantes da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, viemos através desta moção, solicitar que o Conselho Nacional de saúde dê início aos encaminhamentos para a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2009, conforme já deliberado pela Conferência Nacional de Saúde. Considerando que a última Conferência foi realizada em 2001, quando criada a lei nacional da reforma psiquiátrica e hoje o cenário da saúde mental é outro no Brasil, outros dispositivos de cuidados foram criados e implantados e precisam ser discutidos os avanços e desafios em urgência. No Brasil muitas entidades manifestam-se pela Conferência e são parceiras para viabilizá-la. Assinada por 377 pessoas.

**5ª:** A XV Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, ocorrida em Brasília no período de 26 a 28 de novembro de 2008, aprova, por iniciativa dos Conselheiros de Saúde do DF contrários à terceirização do Sistema Único de Saúde, especialmente os representantes dos Conselhos Regionais de Saúde - que são excluídos do processo decisório da política de saúde do DF, Moção de Repúdio e Denúncia Pública contra os Conselheiros de Saúde do DF que votaram a favor da Terceirização do Hospital da cidade satélite de Santa Maria, atendendo, de forma subserviente e “capacha”, à manobra governamental da secretaria de saúde: são eles: Aniceto Miller, Ezequias (...), Flora Rios (que são representantes dos usuários; e a conselheira Luzimar que se absteve, mas declarou-se a favor da terceirização, contrariando a orientação da entidade que representa - a Pastoral da Saúde; os conselheiros Gestores – que são gestores do SUS, mas votaram pela terceirização; são eles: Azanade (...), Dea Carvalho e João Batista - sendo que este é vice-reitor da UnB; a administração do conselho de saúde do DF, especialmente a secretaria, por boicotar e emperrar o processo de inscrição dos Conselheiros Regionais de Saúde do DF nesta XV Plenária Nacional, atendendo a interesses do empresariado da rede privada de saúde e da política liberalista instalada no GDF, e que não compareceram a esta plenária certamente por medo de serem execrados publicamente. Assinada por 152 pessoas.

**6ª:** Nós os Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde, delegados nesta XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde reunida nos dias 26, 27 e 28 de novembro de 2008 vem a público repudiar a decisão do Excelentíssimo Senhor Juiz José Eustáquio Castro de Oliveira que concedeu ordem liminar para interditar as pousadas do Distrito Federal e multando seus proprietários em R\$10.000,00 se não cumprissem a determinação judicial. Sendo monitorados através do serviço de inteligência da polícia civil, seus telefones, deixando assim muitos proprietários sem seus ganhos e muitas pessoas desempregadas, vivendo em situação de coação e stress. Hoje os conselheiros que participam deste evento vem à Brasília, com recurso mínimo disponibilizado pelos municípios e que na maioria das vezes é pouco, não sendo possível a hospedagem em hotéis ficando a mercê da sorte com suas malas na cabeça sem saber para onde ir. Por isso pedimos a suspensão desta liminar urgente, para que nós pessoas humildes que vem de longe, possamos nos hospedar com dignidade nesta cidade maravilhosa, e que seus proprietários tenham seus direitos restituídos, pois são cidadãos de bem que tem família e também contribuem com investimentos neste Distrito, e pagam impostos (IPTU) e por isso exigem que sejam dados seus direitos na expedição de Alvará para a legalização de seus bens. Lembrando que nos países desenvolvidos como Paris (França), Roma (Itália) tem pousadas e porque em Brasília não pode ter Pousadas? Assinada por 192 pessoas.

**7ª:** Nós delegados da XV Plenária Nacional de Saúde, realizada no período de 26 a 28 de novembro de 2008, solicita apoio através desta moção para a realização da Conferência Nacional de Saúde Bucal, diante da situação das condições de saúde com alto índice de cárie, doenças periodontais, má oclusão, câncer bucal, problemas estes que ocasionam outros problemas de ordem social, psíquicas, etc. Necessitamos discutir e construir novos caminhos coletivamente, para redirecionar a Política Nacional de Saúde Bucal, especialmente, quanto ao financiamento, modelo de atenção, gerenciamento entre outros. Assinada por 107 pessoas.

**8ª:** Nós abaixo assinados conselheiros (as) do estado de Pernambuco participantes da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde repudiamos a aprovação da lei que regulamenta

as fundações estatais de direito privado, pois entendemos que o SUS é o maior plano de saúde destes 20 anos. No nosso e em todos os estados brasileiros. Assinada por 150 pessoas.

**9ª:** Delegados presentes na XV Plenária Nacional do Conselho de Saúde, solicitam a garantia de diária para cobrir despesa de transporte, hospedagem e alimentação para os conselheiros que participam dos eventos estaduais e interestaduais e nacionais, a exemplo dos gestores municipais, garantidos no fundo municipal de saúde. Assinada por 130 pessoas.

**10ª:** Nós delegados (as) e participantes da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em Brasília de 26 a 28 de novembro de 2008 manifestamos nosso mais veemente repúdio ao projeto de Lei nº 026/2007 de autoria do senador Tião Viana e relatoria do Senador Augusto Botelho, que pretende eliminar e extinguir os cargos de auxiliares e técnicos de enfermagem no Brasil. Esse projeto inviabiliza e desrespeita o livre exercício profissional e busca reconhecer apenas as categorias de nível superior na enfermagem. Sobre o argumento de que será melhor para o usuário, esses autores não comprovaram técnico e cientificamente os motivos que geraram o mesmo o que se desconfia e o interesse de mercado e corporativismo. Remete-nos, ainda, a preocupação da empregabilidade, pois os auxiliares e técnicos de enfermagem prestam um serviço fiscalizados pelos conselhos regionais de enfermagem, e poderá se aprovado penalizar ainda mais os municípios e serviços de saúde, que seriam obrigados a contratar apenas enfermeiro de nível superior, sem correspondência com a demanda de formação. Assim, pleiteamos a retirada do projeto de tramitação e que seja apresentado projetos de qualificação e aprimoramento do exercício profissional dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Assinada por 135 pessoas.

**11ª:** Nós, delegados da XV Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde realizada dos dias, 26 a 28 de novembro de 2008, no Centro de Convenção Brasil 21, vimos solicitar que nas próximas plenárias estaduais e nacionais de saúde, sejam assegurados, prioritariamente atendimento aos portadores de necessidades especiais, gestantes e pessoas idosas, no ato do atendimento ao credenciamento, de acordo com o estatuto do idoso e a lei em vigor. Foram 114 assinaturas

**12ª:** Nós, pessoas com deficiência, presentes nesta plenária, reivindicamos o apoio dos delegados da XV Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde no que se refere à garantia da acessibilidade e respeito ao Decreto nº 5296. Acesso e braile e cd áudio, acesso arquitetônico, acesso a linguagem de sinais libras. Foram 120 assinaturas.

**13ª:** A Plenária de Conselhos vem pedir a Secretaria dos Direitos Humanos e a Comissão de Avaliação, que agilize os requerimentos encaminhados a esta comissão para que os benefícios concedidos, referente à medida provisória nº 373 com força de lei, publicada em março de 2006 referentes aos portadores de hanseníase que foram isolados no período de 1979 a 1986, em colônias ou hospitais da época para tratamento. A Plenária de Conselhos agradece pela iniciativa da proposta Presidencial da República, Secretaria dos Direitos Humanos e Associação de Hanseníase a nível nacional e regional. Outrossim, esta plenária vem propor a comissão de avaliação que avalie os portadores de hanseníase, que foram isolados em suas próprias casas por motivos de não ter vaga nos hospitais da época e não tiveram recurso para tratamento, acabavam vindo a óbito, são poucos os que sobreviveram. Esses que sobreviveram, que a comissões repensem sobre essa situação. Foram 114



## assinaturas.

**14ª:** O trabalho dos conselheiros de saúde é muito difícil. O rompimento do paradigma e a consolidação dos direitos constitucionais fazem de nós conselheiros, um verdadeiro exército do bem contra aqueles que se vestem de cordeiro, mais por dentro uns verdadeiros lobos. Por isto é mais que justo que nós aprovemos uma moção de apoio a todos os conselheiros de norte a sul, leste a oeste, que vem a mais uma plenária nacional, justiça seja feita. São todos verdadeiros defensores do SUS/povo/Brasil. Foram 104 assinaturas.

**15ª** Os representantes da delegação do estado do Rio Grande do Sul na XV Plenária de Conselhos de Saúde de 26 a 28 de novembro de 2008, repudiam o governo do estado do Rio Grande do Sul pela não aplicação do percentual mínimo definido pela Emenda Constitucional nº 29, e legislação do Sistema Único de Saúde, salientando que é o estado que nos últimos 5 anos foi o que menos investiu em saúde pública no Brasil, conforme dados do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, do Ministério da Saúde. Foram 128 assinaturas.

**16ª:** Os delegados da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde vêm pela presente repudiar a falta de compromisso dos atuais Gestores do Município de Governador Jorge Teixeira - RO em dificultar e tentar impedir a participação dos delegados do Conselho Municipal de Saúde local, uma vez que a lei nos leva a crer que a saúde se faz com compromisso, parceria e respeito à vida. A vontade e disposição de querer é fundamental, uma vez que mesmo sem receber as diárias as delegações municipais se uniram e vieram, assim mesmo e leva no coração a esperança de que é possível sonhar com dias melhores para o setor saúde, com o fortalecimento do SUS, através da participação do Controle Social, afinal, unidos somos imbatíveis. Assinada por 104 pessoas.

**17ª:** Delegados participantes da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde reivindicam a participação de representantes de conselhos de saúde das micro/macro região do estado no Conselho Estadual de Saúde de MG. Assinada por 134 pessoas.

**18ª:** Moção de apoio. Que os agentes comunitários de saúde sejam incluídos no Plano de Carreiras, Cargos e Salários do Estado seguindo preceitos da EC nº 51 e da Lei nº 11.350. Assinada por 149 pessoas.

**19ª:** Moção de apoio. Que os planos de regionalização contemplem a atenção à inclusão da política de saúde e segurança dos trabalhadores. Assinada por 173 pessoas.

**20ª:** Moção de apoio. Ampliar e adequar o número de profissionais de saúde (nutricionista, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e psicólogos), garantindo atendimento em todos os níveis de atenção (básica secundária e terciária). Assinada por 109 pessoas.

**21ª:** Nós, participantes da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizado no Centro de Convenções Brasil 21, de 26 a 28 de novembro de 2008 em Brasília, repudiamos o Seminário de Saúde Mental, Política e Mídia, que envolve o ser humano no seu cotidiano, dia-a-dia. Desta forma entendemos que esse seminário só irá destacar como ponto principal a Política e Mídia e não a saúde mental. Nós, delegados da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, repudiamos veementemente este Seminário, pois acreditamos que defendemos a terapia em grupo, o tratamento por meio de oficinas terapêuticas, visitas

domiciliares, atividades físicas, entre outras, fora dos muros que segregam e aprisionam. Consideramos a reforma psiquiátrica como um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização. Desse modo, temos convicção de que as denominadas práticas clínicas vêm exigindo dos trabalhadores em saúde mental uma busca de referenciais teórico-metodológicos que possam embasar suas intervenções de forma a conceber a loucura não mais como dês-razão e a criar e implantar modelos de atenção que rompam com a organização hospitalocêntrica e com as práticas asilares. Sim, à a reforma psiquiátrica brasileira!!! Que seja modelo para todo o mundo!!! Não a este seminário que não condiz com a nova maneira de tratar o doente mental. Assinada por 103 pessoas.

**22ª**- Nós os Conselheiros dos Municípios do Estado de São Paulo, presentes na XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, vimos através desta moção, pedir apoio em âmbito nacional, para que sejam mais rápidos o acesso aos cursos de capacitação para todos os conselheiros. Assinada por 194 pessoas.

**23ª** - Nós, os Conselheiros e Conselheiras Municipais de Saúde, presentes na XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, repudiamos a forma como o IBGE tem realizado os Censos Demográficos nos Municípios, pois o IBGE tem apontado nos Censos, índices populacionais menores do que a população real existente e registrados no SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica), isto provoca uma diminuição nos recursos destinados aos Municípios, como o FPM, FUNDEB e outros. Esta diferença entre os dados registrados no SIAB e os do IBGE, acarreta prejuízos nos Serviços e na Assistência à Saúde. Assim, necessita-se, urgentemente, a revisão dos índices para o cálculo dos repasses de acordo com a realidade populacional e cartografia atualizada de cada Município. Assinada por 106 pessoas.

**24ª**: Os delegados participantes da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde realizada nos dias 26, 27 e 28 de novembro de 2008, em Brasília-DF, vem apresentar a moção de apoio para a implantação e efetivação do curso de medicina na Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri no campus de Diamantina. Este encontra-se em processo de negociação nos Ministérios da Educação e Saúde, juntamente ao Conselho Universitário da UFVSM. Fato este, vem ao encontro às necessidades de atendimento e qualidade de vida aos usuários do Vale Jequitinhonha, que muitas vezes é taxado de Vale da Miséria e da desigualdade como também pela grande dificuldade de fixação do profissional médico na região. Assinada por 112 pessoas.

**25ª**: Implantar de forma obrigatória nos municípios capacitação e especialização aos seus funcionários para que eles possam atender melhor os usuários. Assinada por 181 pessoas.

**26ª**: Garantir a existência e ampliar o número de profissionais de equipe de reabilitação nos hospitais (como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais) visando diminuir as sequelas, melhorar na recuperação funcional e diminuir o tempo de internação e custos para o SUS. Assinada por 103 pessoas.

**27ª**: Em defesa dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias que fizeram seus processos seletivos em seus respectivos estados e municípios, onde a documentação que comprova a sua aprovação no processo seletivo foi extraviada, enquanto muitos já

perderam seus empregos e outros estão a mercê dos seus gestores, contrariando assim a Lei Federal nº 11.350 de 05 de outubro de 2006. Assinado por 109 pessoas.

**28ª:** Implementar em caráter imediato as propostas aprovadas na plenária da XIII Conferência Nacional de Saúde, que tratam do “Fator Amazônico” que leva em consideração as especificidades da Região Norte e consta no relatório final da conferência.

Eixo I - Proposta 91 da página 34: Definir e implementar uma política equitativa de alocação de recursos orientada por projetos de desenvolvimento para o enfrentamento das desigualdades regionais em suas especificidades geográficas, ambientais, epidemiológicas, administrativas, sociais, culturais, econômicas, entre outras apresentadas por Estados e Municípios, em questões tais como a Amazônia Legal, o Polígono das Secas, Regiões de Fronteiras, Atividades Sazonais e demais populações com baixo IDH (índice de desenvolvimento humano).

Eixo II - Proposta 05 página 71: Aumentar o incentivo do teto financeiro, garantindo repasse fundo a fundo às ações de vigilância em saúde (vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental), considerando a Amazônia Legal, Nordeste e áreas de fronteiras, visando à reestruturação da vigilância em saúde nos municípios, considerando os indicadores epidemiológicos, geodemográficos e o índice de desenvolvimento humano (IDH).

Eixo III - Proposta 67 página 82: Elaborar e implementar um projeto de intervenção específico para a região da Amazônia Legal que contemple as áreas de recursos humanos, financiamento, fortalecimento da atenção primária e enfrentamento das doenças endêmicas. Assinada por 166 pessoas.

**29ª:** Os Conselheiros e as Conselheiras de Saúde de todo o Brasil, reunidos em Brasília nos dias 26, 27 e 28 de novembro durante a XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, manifestam seu apoio ao projeto de Lei nº 4.385/94 de autoria da Senadora Marluce Pinto com Substitutivo do Deputado Ivan Valente, que traduz o interesse do povo brasileiro em relação à Assistência Farmacêutica. Assinada por 106 pessoas.

## **ANEXO V**

### **PROGRAMAÇÃO**

Dia 26 de novembro de 2008

**8h às 18h**

#### **CREENCIAMENTO**

**9h às 10h**

#### **ABERTURA OFICIAL**

**Mesa: José Gomes Temporão** – Ministro da Saúde

**Francisco Batista Júnior** – Conselho Nacional de Saúde

**Joaquina de Araújo Amorim** – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pela Paraíba

**10h às 13h**

#### **ATO PÚBLICO PELA REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29 E PELA RETIRADA DO PROJETO DE LEI Nº 092/2007**

**Local:** Congresso Nacional

**14h às 15h – ALMOÇO**

**16h às 18h**

**LEITURA E APROVAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO DA XV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE**

**Apresentação:** **Carlos Roberto Rodrigues** – Coordenação de Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde pelo Paraná

**Relatoria:** **Maria Maruza Carlesso** - Coordenação de Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde pelo Espírito Santo

18h - Lanche

Dia 27 de novembro de 2008

**8h às 10h**

**CREENCIAMENTO**

**8h30min às 10h30min**

**MESA 1 – FINANCIAMENTO DE SAÚDE: REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29**

**EXPOSITORES:**

⇒ **Luciene Pereira da Silva** – Tribunal de Contas da União – TCU – **8h30 às 8h45**

⇒ **Pepe Vargas** – Deputado Federal – **8h45 às 9h**

⇒ **Renato Almeida de Barros** – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde por Minas Gerais – **9h às 9h15**

⇒ **Fernando Luiz Eliotério** – Coordenador Adjunto da Comissão de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS – **9h15 às 9h30**

**COORDENAÇÃO DE MESA:**

⇒ **Maria Inez Dolzane Reis** – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Pará

**RELATORIA:**

⇒ **Jacqueline da Silva Dutra** – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Rio Grande do Sul

**10h30min às 12h**

**DEBATE**

**12h às 14h – ALMOÇO**

**14h às 15h30min**

**MESA 2 – O FORTALECIMENTO DA GESTÃO PÚBLICA DO SUS**

**EXPOSITORES:**

⇒ **Juíza Salete Maria Polita Maccalóz** – 7ª Vara Federal do Rio de Janeiro – Justiça Federal – **14h às 14h15**

⇒ **Francisco Batista Júnior** – Presidente do Conselho Nacional de Saúde – CNS – **14h15 às 14h30**

⇒ **Osmar Terra** – Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS – **14h30 às 14h45**

⇒ **Jorge José Santos Pereira Solla** – Secretário Estadual de Saúde da Bahia – SES/BA – 14h45 às 15h

**COORDENAÇÃO DE MESA:**

⇒ **Marco Antônio de Pádua Borges** – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde por Santa Catarina

**RELATORIA:**

**Maria Cândida do Nascimento** – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Mato Grosso

**15h30min às 15h45min**

**INTERVALO**

**15h45min às 17h15min**

**MESA 3 – PACTO PELA SAÚDE: O PACTO EM DEFESA DO SUS, O PACTO DE GESTÃO E FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL**

**EXPOSITORES:**

⇒ **Lúcia de F. N. de Queiroz** – Diretora do Departamento de Apoio à Descentralização – DAD/MS – 15h45 às 16h

⇒ **Carlos Eduardo Azevedo Lima** – Vice-Coordenador da Coordenadoria Nacional de Combate às Irregularidades Trabalhistas na Administração Pública – CONAP/MPT – 16h às 16h15

⇒ **Helvécio Miranda Magalhães Júnior** – Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS – 16h15 às 16h30

⇒ **Maria Aparecida do Amaral Godoi Faria** – Presidente da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS/CUT – 16h30 às 16h45

⇒ **José Marcos de Oliveira** – Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde – CNS – 16h45 às 17h

**COORDENAÇÃO DE MESA:**

⇒ **Elizabeth Mourão Moraes** – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Amapá

**RELATORIA:**

⇒ **Márcia Sueli Brito** – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde por Roraima

**17h15min às 18h30min**

**DEBATE**

**18h30min**

**MONUMENTO CULTURAL**

Dia 28 de novembro de 2008

**9h30m às 12h**

**PLENÁRIA FINAL – APRECIÇÃO E DELIBERAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS PROPOSTOS**

**COORDENAÇÃO DE MESA:**

- ⇒ **Francisco C. Teixeira** – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Distrito Federal
  - ⇒ **Benedito Alexandre de Lisboa** – Coordenação da Plenária nacional de Conselhos de Saúde por Alagoas
  - ⇒ **José Teófilo Cavalcante** – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Piauí
- RELATORIA:**
- ⇒ **Eni Carajá Filho** – Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde

**12h às 14h – ALMOÇO**

**14h às 17h**

**PLENÁRIA FINAL – APRECIÇÃO E DELIBERAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS PROPOSTOS**

**COORDENAÇÃO DE MESA:**

- ⇒ **Francisco C. Teixeira** – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Distrito Federal
- ⇒ **Benedito Alexandre de Lisboa** – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde por Alagoas
- ⇒ **José Teófilo Cavalcante** – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde pelo Piauí

**RELATORIA:**

- ⇒ **Eni Carajá Filho** – Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde

**17h às 17h30min**  
**ENCERRAMENTO**

**ANEXO VI**

**COMISSÃO ORGANIZADORA**

**Coordenador Geral:** Arnaldo Marcolino da Silva Filho

**Coordenador de Acolhimento e Credenciamento:** Elias José da Silva

**Coordenador Região Norte:** Gilson Aguiar da Silva

**Coordenador Região Nordeste:** Joaquina de Araújo Amorim

**Coordenador Região Sudeste:** Arnaldo Marcolino da Silva Filho

**Coordenador Região Sul:** Carlos Roberto Rodrigues

**Coordenador Região Centro Oeste:** Francisco Teixeira

**Relatora Geral:** Maria Maruza Carlesso

**Relatora Adjunta:** Jaqueline da Silva Dutra

**Apoio Técnico:** Gleisse de Castro de Oliveira