

MINISTÉRIO DA SAÚDE



11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

O Brasil falando como quer ser tratado

EFETIVANDO O SUS
Acesso, Qualidade e Humanização
na Atenção à Saúde com Controle Social

Série Histórica do CNS, n. 2

Brasília-DF

Relatório Final

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde

**11ª CONFERÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE**
O Brasil falando como quer ser tratado
Efetivando o SUS
Acesso, Qualidade e Humanização
na Atenção à Saúde com Controle Social

RELATÓRIO FINAL

Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000

Série Histórica do CNS; n. 2
Série D. Reuniões e Conferências; n. 16

Brasília – DF
2002

© 2001. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série Histórica do CNS; n. 2

Série D. Reuniões e Conferências; n. 16 - MS

Tiragem: 20.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conselho Nacional de Saúde

Assessoria de Comunicação

Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício anexo, ala B, 1º andar, sala 136

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 226 8803 / 315 2150

Fax: (61) 315 2414 / 315 2472

E-mail: cns@saude.gov.br

Home page: conselho.saude.gov.br

Organizadores:

Comissão Organizadora da 11ª Conferência Nacional de Saúde

Diagramação e capa: Sérgio Lima Ferreira

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Catálogo na fonte – Editora MS Ficha Catalográfica

Conferência Nacional de Saúde (11.: 2000: Brasília, DF).

11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

198 p. – (Série Histórica do CNS; n. 2) – (Série D. Reuniões e Conferências; n. 16)

ISBN 85-334-0440-9

1. SUS (BR). 2. Controle social. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM WA 540

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO CNS	07
APRESENTAÇÃO	09
CARTA DA 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	11
CENÁRIO	17
O SUS COMO POLÍTICA SOCIAL	19
A GESTÃO DO SUS	21
O ACESSO AOS SERVIÇOS DO SUS	29
O MODELO ASSISTENCIAL NO SUS	31
FINANCIAMENTO DO SUS.....	35
RECURSOS HUMANOS	39
Formação e Capacitação de RH para a Saúde.....	42
CONTROLE SOCIAL SOBRE O SUS	44
POLÍTICAS DE INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO (IEC)	47
RESPONSABILIDADES DOS PODERES LEGISLATIVO , JUDICIÁRIO E DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA GARANTIA DE ACESSO, QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO	50
DESAFIOS	52
PROPOSIÇÕES	57
CONTROLE SOCIAL	59
FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL.....	81
FONTES COMPLEMENTARES	85
CRITÉRIOS PARA REPASSE DE RECURSOS FEDERAIS E O PAPEL REDISTRIBUTIVO DOS GOVERNOS FEDERAL E ESTADUAL NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE	87
ALOCÇÃO DE RECURSOS PARA ASSEGURAR A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E A QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	90
MECANISMOS E FORMAS DE REMUNERAÇÃO DE PRESTADORES PARA GARANTIR ACESSO, QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	92
GESTÃO DE RECURSOS: ATENDENDO ÀS NECESSIDADES SOCIAIS E AVALIANDO RESULTADOS.....	95

RELAÇÕES DE RESPONSABILIDADE ENTRE OS GESTORES DO SUS PARA A GARANTIA DO ACESSO, QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO	98
MODELO ASSISTENCIAL E DE GESTÃO PARA GARANTIR ACESSO, QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE, COM CONTROLE SOCIAL	102
DETERMINANTES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E PROBLEMAS PRIORITÁRIOS NO PAÍS	103
DIRETRIZES PARA MODELOS DE ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS	109
FORTELECIMENTO DOS PRINCÍPIOS DO SUS: O CARÁTER PÚBLICO, A INTEGRALIDADE, A EQUIDADE E A HUMANIZAÇÃO	115
FORTELECIMENTO DOS PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS DO SUS E SEUS MECANISMOS DE GESTÃO: DESCENTRALIZAÇÃO, REGIONA- LIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO	118
Planejamento, Acompanhamento, Avaliação, Controle e Auditoria	118
Mecanismos de Gestão: Planejamento e Cartão SUS	124
Normas Operacionais Básicas	126
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	126
Atenção Básica: Rede, PSF e PACS	126
Média e Alta Complexidade	129
Hospitais Universitários	132
POLÍTICAS ESPECÍFICAS	133
Saúde da Mulher	133
Saúde na Infância e Adolescência	136
Saúde do Trabalhador	136
Saúde Mental	138
Saúde Bucal	140
Medicamentos e Assistência Farmacêutica	141
Sangue, Hemoderivados e Transplantes	146
Vigilância Sanitária e Epidemiológica	146
Outras Políticas e Programas Específicos	149
RECURSOS HUMANOS	151
POLÍTICA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS	152
Perfil e Atuação das Equipes e Profissionais	153
RELAÇÕES DE TRABALHO	154
Condições de Trabalho e Disponibilidade de RH no SUS	155
Formas de Seleção e Relação Contratual	158
PCCS e Remuneração dos Trabalhadores em Saúde	159
DESENVOLVIMENTO DE TRABALHADORES EM SAÚDE	162
Capacitação	163
FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA A SAÚDE	165
Formação de Profissionais, Regulação e Papel da Universidade	167
Educação Continuada	170

PROCESSOS DE EDUCAÇÃO PARA O SUS	171
Formação de Pessoal das Áreas de Fortalecimento do SUS	173
POLÍTICAS DE INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E	
COMUNICAÇÃO (IEC) NO SUS	173
Democratização das Informações	173
Produção, Organização e Uso das Informações.....	177
Transparência da Gestão	181
Controle Social	184
Ministério Público e Legislativo	185
Acesso e Qualidade dos Serviços de Saúde	186
Programas Específicos.....	188
Estratégias de Divulgação	189
COMISSÃO ORGANIZADORA	193



11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

APRESENTAÇÃO DO CNS

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) ao patrocinar a reimpressão do relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, em Brasília, pretende contribuir de forma efetiva para o fortalecimento do modelo de atendimento público em saúde no País. O encontro, o último do tipo realizado no século XX, foi um momento marcante para o SUS, deixando evidente a importância do controle social para que o Sistema Único seja implementado nos mais de 5.500 municípios brasileiros, com acesso universal e mesma qualidade enquanto direitos de cidadania para toda a população.

Neste rápido preâmbulo, queremos, antes de mais nada reconhecer o esforço e a dedicação da Comissão Organizadora da 11ª Conferência, que aconteceu sob o tema Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social. O alto nível dos debates e a grande participação de representantes de usuários, prestadores de serviços, profissionais e gestores do SUS demonstram que a participação popular, hoje, é uma realidade inequívoca.

As deliberações – claras e objetivas – apontam ainda para um futuro onde a busca do consenso, do diálogo e das parcerias tornarão o Sistema Único de Saúde um modelo digno de ser referência mundial no que se refere ao atendimento das demandas da população. Claro, que um processo como esse não se faz sem vigilância permanente. É preciso ter em mente que a luta política em prol de uma melhor Saúde Pública ainda está em seu início e depende do empenho de cada cidadão para que atinja pleno êxito.



11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

De posse deste relatório, os defensores desses avanços, os estudiosos da Saúde Pública, os integrantes de entidades da sociedade civil organizada, os responsáveis pela execução de ações e programas nas três esferas de gestão – municipal, estadual e nacional – ganham um instrumento a mais. A leitura e reflexão sobre a vontade da população expressa nestas páginas, após aprovação em plenária, serão bússola para que no Brasil a saúde seja, de fato, um direito de todos e um dever do Estado, das pessoas, das famílias, das empresas, enfim, da sociedade de uma forma em geral, como bem assegura a Lei Orgânica da Saúde, em seu Artigo 2º.

Nelson Rodrigues dos Santos
Coordenador Geral do CNS



11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

APRESENTAÇÃO

Este é o Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, entre 15 e 19 de dezembro de 2000. É o produto de um trabalho coletivo, que envolveu cerca de 2.500 delegados participando ativamente e entusiasmadamente dos grupos de trabalho, cujos debates foram registrados e transformados em um relatório sintético das vozes de todos esses atores envolvidos no processo, por cerca de 180 coordenadores e relatores de grupos.

O processo de revisão final do relatório contemplou a consolidação dos textos de CENÁRIO dos três temas em um único capítulo: a reformulação do texto com a exclusão das duplicidades, inconsistências, a reordenação das deliberações em cinco blocos temáticos específicos, definidos em função da relevância da presença no conjunto das proposições, e a elaboração de nova redação consolidando itens similares ou complementares. No processo de elaboração do Relatório Final, todas as reformulações de redação foram feitas preservando, fielmente, os significados dos conteúdos agrupados.

A importância deste relatório é enorme. A exemplo do que ocorreu com os registros das conferências anteriores, projeta a imagem-objetivo a ser alcançada através de ações de curto, médio e longo prazos, e será o farol a orientar a ação de movimentos sociais, usuários, trabalhadores, prestadores e gestores envolvidos na construção de um sistema de saúde capaz de responder adequadamente, com qualidade e humanização, às necessidades da população brasileira. Permite,



também, a divulgação àqueles que não participaram diretamente desse processo e para a mídia, das prioridades que a sociedade, à luz da análise de conjuntura realizada, estabeleceu para o sistema.

É grande a diversidade de temas específicos e a riqueza das recomendações. Algumas se destinam a orientar e a instigar os responsáveis pela condução de políticas de âmbito nacional: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Poderes Legislativo e Judiciário e Ministério Público. Outras são referidas à ação de atores nas demais esferas de governo, e devem servir como referência para a ação de movimentos sociais locais, conselhos municipais e estaduais de saúde, profissionais de saúde em ação na rede de serviços, gestores estaduais e municipais.

Assim, a sociedade brasileira dispõe de um rico referencial para orientar suas demandas e para avaliar a ação governamental nos próximos quatro anos, até a realização da próxima Conferência Nacional de Saúde. E nós nos sentimos muito felizes por termos podido emprestar nossa colaboração a esse esforço de explicitação de demandas sociais, necessário à construção do SUS em consonância com as diretrizes constitucionais de universalidade, integralidade e equidade.

Elizabeth Barros

Relatora Geral da 11ª CNS



11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CARTA DA 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Nós, os delegados e delegadas presentes a esta Conferência, 2.500 homens e mulheres de diferentes classes sociais, credos, idades, raças e etnias de todas as regiões do País, avaliamos que, passados 14 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, início do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), é possível constatar avanços. É significativa a transformação urbanística, sanitária e de criação do arcabouço jurídico institucional ocorrida. Construímos um processo de reforma setorial impulsionado por um movimento composto de vários atores sociais e, ao longo dessas três últimas décadas, produzimos saberes e práticas políticas, discursivas e paradigmáticas.

Com a garantia legal conquistada, o desafio passou a ser a transição de um Sistema desintegrado e centralizado para um outro, com comando único em cada esfera de governo. Aqui não mais uma tarefa de resistência, mas uma tarefa construtiva.

Os Conselhos de Saúde e o processo político de pactuação intergestores, surgido após a Lei Orgânica da Saúde, criaram condições privilegiadas de negociações para viabilizar a descentralização e municipalização do SUS, conforme aprovado na 9ª Conferência Nacional de Saúde.



No entanto consideramos que a verdadeira municipalização ainda não é uma realidade para todo o País, embora tenha ampliado significativamente o acesso da população a serviços de saúde com maior qualidade, diferenciando o modelo de atenção e qualificando a gestão descentralizada. O processo de estruturação do SUS pode ser considerado como um movimento contra-hegemônico a um modelo político-econômico predominantemente excludente.

A saúde da população do Brasil, como preceitua a Constituição Federal, depende de fatores econômicos e sociais; entre eles, a garantia de emprego, salário, casa, comida, educação, lazer e transporte. Neste momento, o desemprego, a péssima distribuição de renda (50 milhões de pessoas em estado de miséria), a fome e desnutrição e outros muitos agravos interferem nas condições de vida e de saúde, ressurgem antigas e surgem novas formas de adoecer e morrer, caracterizando um quadro epidemiológico da maior perversidade, agravado pelas condições de pobreza, gênero, raça e idade. Enquanto isso, os Governos investem em saúde, no setor público (universal, para toda população) apenas R\$ 300,00 *per capita*/ano.

Na raiz do agravamento da falta de qualidade de vida e de saúde da população está o projeto social e econômico do Governo Fernando Henrique que privilegia a lógica do ajuste econômico em detrimento das políticas sociais. No ano 2000, o Brasil pagou, com juros e amortização da dívida pública, R\$ 20 milhões por hora, ou seja, R\$ 480 milhões por dia.

Nosso País está submetido a um conjunto de medidas do rigoroso programa de ajuste fiscal, dentre as quais destacamos:

- a) a redução e reorientação dos gastos públicos em



prejuízo das demandas sociais, buscando cumprir orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI);

- b) redução do Estado, com privatização de empresas e serviços públicos;
- c) diminuição da proteção social por meio da precarização das relações de trabalho.

O ajuste fiscal impacta duplamente o setor de Saúde, seja pela indisponibilidade de recursos financeiros e materiais, seja pelo aumento da demanda da população, apresentando, dentre outras, as seguintes repercussões:

- a) intervenções de saúde de cunho campanhista, a pretexto de atender demandas reprimidas, realizadas de forma intempestiva e sem compor a programação das atividades regulares do sistema, com graves prejuízos para os usuários, transtornos para os servidores e dificuldades de gestão;
- b) desarticulação dos diversos níveis do sistema de saúde, afetando sobretudo os portadores de deficiências e patologias por suas dependências de serviços mais especializados;
- c) precariedade no acesso ao SUS pela pressão da demanda, favorecendo o crescimento dos planos e seguros de saúde frente à insuficiente regulação governamental, com ampliação da renúncia fiscal para esse setor.

Esse quadro compromete a busca da universalidade e da equidade no SUS, aprofundando a divisão no Sistema de Saúde brasileiro, condenando a maioria da população brasileira a um sistema de saúde ainda precário e fragilizando



o processo de consolidação do SUS, enquanto prevalecer a atual política.

É importante ressaltar que, apesar das restrições, a luta pela implantação do SUS está crescendo e tem alcançado vitórias, graças à ação decisiva de milhões de cidadãos usuários, trabalhadores, gestores e prestadores comprometidos com um projeto político popular e democrático em defesa da vida.

Agenda para a Efetivação do SUS e do Controle Social

Diante desse quadro nós, reunidos nesta 11ª Conferência Nacional de Saúde, defendemos:

1. a melhoria das condições de saúde e da existência efetiva de políticas sociais intersetoriais e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana, capaz de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população;
2. fortalecimento do exercício da cidadania através do Controle Social da sociedade, em especial na área de saúde, por intermédio das Conferências e Conselhos de Saúde deliberativos e paritários, com exigência de respeito às suas decisões;
3. a 10ª Conferência Nacional aprovou a busca do financiamento definido, suficiente e definitivo para a área de Saúde. A partir da PEC 169, conquistamos a EC 29/00, que precisa ser cumprida e regulamentada urgentemente, incluindo aí as transferências fundo a fundo dos estados para os municípios, a fim de atender



à demanda de recursos financeiros que viabilizem o Sistema;

4. suspensão e proibição de quaisquer contratos e convênios substitutivos da gestão pública, a exemplo de organizações como o PAS e assemelhados, atendendo ao preceito constitucional explicitado pela Procuradoria Geral da República;
5. uma política de Recursos Humanos para o SUS, com contratação por meio de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário. Nessa perspectiva, é imprescindível a efetiva implantação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos e das mesas nacional, estaduais e municipais de negociação do SUS;
6. acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada, garantido o financiamento de todos os níveis da saúde, com autonomia dos municípios e estados na elaboração e execução de seus Planos, com aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde;
7. a organização da porta de entrada do Sistema, através de distintas iniciativas de estruturação da atenção básica, tais como: Saúde da Família, Sistemas Locais de Saúde e outras estratégias, que devem garantir a territorialização, a gestão pública, a responsabilidade sanitária, equipe multiprofissional em dedicação integral, bem como a articulação e integração com os demais níveis de atenção à saúde;



8. a efetivação do SUS, alicerçada nos princípios constitucionais e na legislação infraconstitucional, para que normas e procedimentos não extrapolem os dispositivos legais e sejam respeitadas as competências de cada uma das esferas de Governo.

Exigimos que todos os níveis de gestão, federal, estadual e municipal, cumpram a legislação e apresentem para apreciação e deliberação dos Conselhos o Plano Anual de Saúde, que deverá sempre ser discutido amplamente com a sociedade, como o caminho de efetivação do SUS.

Somente com a reorientação da atual política pública, social e econômica, é que poderemos viabilizar com sucesso o processo de consolidação do SUS; o que inclui, a exemplo de lutas de importantes segmentos da sociedade civil, a suspensão imediata do pagamento da dívida externa até o resultado de uma auditoria dessa dívida.

**A EFETIVAÇÃO DO SUS SÓ É POSSÍVEL COM
CONTROLE SOCIAL !!!**



11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CENÁRIO



11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

O SUS COMO POLÍTICA SOCIAL

O balanço realizado pelos participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde (11ª CNS) sobre a operação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o exercício do Controle Social, nesses dez anos de esforços para sua implantação, indica os avanços e coloca os desafios que devem ser enfrentados para que se alcance o objetivo de efetivar o SUS.

No Brasil as desigualdades sociais, a concentração de renda e a existência de um verdadeiro “estado de mal-estar social” produzem as condições que determinam a atual situação de saúde da população, onde o surgimento de doenças características das condições do desenvolvimento industrial e do estilo de vida das sociedades modernas soma-se à persistência de doenças típicas da pobreza e do subdesenvolvimento. Mas, ainda que a atuação sobre os determinantes sociais seja fundamental na superação da situação da Saúde no Brasil, reconhecem os participantes da 11ª CNS que as lutas setoriais apresentam resultados significativos, mesmo quando travadas numa perspectiva compensatória. Portanto, elas devem existir somando-se às lutas por uma ordem social e econômica mais justa.

Há um consenso de que o SUS representa um grande avanço no tocante às políticas públicas, sendo o único sistema com propostas e práticas claras de controle social, transparência administrativa, gestão participativa e democratização. Conselhos



de Saúde foram criados e consolidados em praticamente todos os municípios do País.

Mas os avanços são dificultados pelo fato de que a proposta do SUS – um sistema construído com base em princípios de solidariedade social, que assegura a universalidade do acesso e a integralidade da atenção – não é compatível com o atual modelo econômico. E, num contexto social em que a cultura política é marcada pelo autoritarismo, pelo clientelismo, pela exclusão, a luta pela preservação das conquistas sociais é dificultada pela frágil organização da sociedade, em especial dos setores que mais sofrem as conseqüências da pobreza e da iniquidade social.

A ótica economicista, própria do neoliberalismo, transforma a saúde e a vida em mercadorias e, assim, desvincula-as dos valores humanos. As pessoas não são vistas, o que importa são as planilhas de custo e a acumulação e concentração do capital. Desprezando e virando as costas para as recomendações das últimas Conferências Nacionais de Saúde, o Governo FHC tem sido um fiel cumpridor das orientações do Fundo Monetário Internacional. O Governo Federal não tem priorizado políticas sociais, em consonância com interesses de um projeto de reforma do Estado de caráter neoliberal, o que tem colaborado para aprofundar o abismo social entre ricos e pobres, agravando as já marcantes desigualdades sociais existentes no País. A “Reforma do Estado” no Brasil contempla, resumidamente, os seguintes aspectos: a transferência dos serviços públicos potencialmente lucrativos ao setor privado; a concentração da ação direta do Estado em programas de baixo custo e voltados para as populações pobres; a ampliação dos recursos dos planos de saúde para as camadas médias da população, submetendo-os a uma certa regulação para refrear a voracidade das empresas do setor. Entre outros mecanismos



de privilégio de interesses corporativos, essa política mantém, ainda, uma matriz tributária que sobrecarrega a população mais pobre e garante estímulos ao capital, em detrimento de uma arrecadação mais justa que permitiria aumentar o volume de recursos para as áreas sociais. Uma das conseqüências, além de outras, é o aumento da demanda por ações e serviços de Saúde.

As ações de Saúde, acatadas essas orientações, são vistas como uma concessão aos pobres e devem ser de responsabilidade privada, restando aos governos agirem somente naquilo que não interessa ao setor privado, objetivando evitar as epidemias. Essa concepção sintetiza a versão moderna da "caridade". Nesse contexto, a implementação do SUS é desafio ainda maior.

A GESTÃO DO SUS

A discussão realizada nesta 11ª CNS sobre a Atenção à Saúde e a gestão do SUS destaca a necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e de ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada tratamento. A falta de recursos materiais contribui para a diminuição da qualidade dos serviços prestados. E, se a humanização dos processos de trabalho no SUS depende, em parte, de questões como afinidade com o trabalho, também depende das condições de trabalho a que o trabalhador está submetido.

Os participantes da 11ª CNS reconhecem que o SUS tem princípios que, se aplicados, são capazes de garantir o acesso, a qualidade e a humanização dos serviços. Mas reconhecem



também o grande espaço possível de aperfeiçoamento do sistema de saúde em relação a essas dimensões.

O processo de descentralização propiciou inúmeros avanços e melhorou substancialmente o acesso da população aos serviços. No entanto, é notória a sobrecarga das regiões metropolitanas e cidades de maior porte por serviços que poderiam ser descentralizados. Persiste uma excessiva concentração de serviços de alta complexidade em cidades-pólo, com serviços altamente lucrativos e que pressionam o SUS, enquanto em muitas regiões do País praticamente não existem centros de referência de média e alta complexidade. A carência de recursos nos pequenos municípios perpetua sua situação de dependência em relação aos pólos regionais. A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde é um processo de construção lenta e difícil, que caminha de modo desigual nas diferentes regiões, estados e municípios. O financiamento não está orientado para a constituição de redes descentralizadas e regionalizadas, principalmente em relação à média e alta complexidade. Os princípios de universalização e de integralidade não são obedecidos na organização das redes e há desigualdade no atendimento. Nesse sentido, os estados não estão cumprindo seu papel de coordenadores da implementação do SUS.

Essa omissão dos gestores estaduais – que não transferem os recursos adequados, estabelecem sistemas exorbitantes de cobrança dos gestores municipais, não suprem adequadamente os municípios, não cumprem seu papel de assessorar técnica e financeiramente os municípios –, foi destacada. Os participantes entendem que há ausência do Estado como articulador no processo de regionalização e de organização da assistência por nível de complexidade e resolutividade. Falta de compromisso e de autonomia são as palavras utilizadas para definir tal situação. Reconhece-se, todavia, que há diferenças entre a atuação das diversas Secretarias Estaduais de Saúde,



com enormes disparidades entre as unidades federadas na organização dos serviços de saúde. É reconhecida a atuação de pelo menos quatro dos estados – RS, SP, MT e PR –, que se responsabilizam pela gestão plena de seu sistema, enquanto os demais não estão habilitados.

Os participantes da 11ª CNS denunciam que ainda existem muitos sem compromisso político com a Saúde, que não alocam recursos para remuneração de profissionais especializados e manutenção dos serviços adequados de urgência e emergência, que abusam da prática da “ambulancioterapia” (transferência de pacientes para atendimento em localidades vizinhas e, sobretudo, para as capitais). Esses prejudicam aqueles municípios que priorizam a alocação de recursos para a atenção aos seus munícipes, sobrecarregados por essa “invasão”. Como agravante, não existem meios de responsabilizar o orçamento do município que transfere pacientes para atendimento ambulatorial, porque ainda não há mecanismo ético de identificação do usuário.

Falta rumo claro para a política de Saúde, pelo fato de não existir um Plano Nacional de Saúde, bem como Planos de Saúde estaduais e municipais. A situação só não é mais grave porque os municípios desenvolvem projetos alternativos. Mas, de maneira geral, faltam modelos de gestão, e a definição dos modelos de atenção locais apresenta excessiva dependência do Ministério da Saúde, induzida pelos mecanismos de financiamento. As iniciativas relacionadas ao avanço do modelo assistencial têm sido traduzidas na desaceleração do processo de autonomização da gestão responsável e sustentável nos municípios. Em contrapartida, há pouco esforço de cooperação do Ministério da Saúde para com as Secretarias Estaduais, e destas para com as Secretarias Municipais, para aumentar a capacidade de formulação e gestão do nível local.

Os instrumentos de acompanhamento, avaliação e regulação do setor público não são adequados ao acompanhamento



dos contratos do setor privado prestador de serviços, provocando desvios que se expressam em baixa efetividade em relação a estes objetivos. Os mecanismos de prestação de contas públicas sistemáticas (os relatórios de gestão), de implantação incipiente, não permitem o controle sobre as fontes de financiamento, o esclarecimento sobre a aplicação dos recursos públicos e o acompanhamento de resultados da execução dos planos de saúde.

A viabilidade dos consórcios foi posta em questão, especialmente em regiões onde os municípios não dispõem de equipamentos e não têm o que consorciar. Mas a principal dificuldade dos consórcios é a relação política entre os gestores. Reconhece-se que existem experiências de consorciamento com bons resultados, como a do Estado do Paraná, e que em outros tem-se trabalhado com sucesso a garantia de referência.

Os tetos financeiros atuais são insuficientes para o atendimento das demandas e os critérios de repasse de recursos não refletem as necessidades locais e não respondem ao desafio da equidade, da garantia do acesso, da qualidade e da humanização da atenção. Não há incremento de recursos para investimentos em regiões com carência de serviços e para custeio em regiões com capacidade instalada suficiente. Os municípios com crescimento demográfico sazonal – com população itinerante, tais como turistas, migrantes, acampados, assentados, ou localizados em zona de fronteira –, não recebem recursos adicionais para a ampliação da capacidade dos serviços. Municípios com menor arrecadação de impostos não recebem recursos adicionais para garantir o acesso à população das ações de Saúde.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) é reconhecida como um instrumento útil para o planejamento dos gastos,



mas sua imposição pelo governo federal faz com que ela não seja assumida com seriedade pelas demais esferas de governo. Além disso, por considerar a capacidade assistencial instalada e os tetos financeiros existentes, fortalece a concentração de recursos nos grandes municípios, e resulta em alocação insuficiente de recursos para o financiamento de serviços de abrangência regional, entre outros prejuízos à organização do SUS. Em suma, o gerenciamento do Sistema é inadequado. As decisões e ações são, muitas vezes, subordinadas a interesses políticos. Faltam recursos orçamentários e financeiros nas diferentes instâncias governamentais. Recursos humanos qualificados, equipamentos, medicamentos, transporte, materiais e infra-estrutura física de apoio são insuficientes. Não se utilizam as informações existentes na Saúde para organizar e desenvolver a gestão no setor. Faltam esforços para assegurar qualificação dos recursos humanos, remuneração adequada e melhores condições de trabalho. A terceirização dos profissionais por meio de ONGs começa a se transformar em regra geral.

As administrações de vários municípios não investem na profissionalização da gestão e, por isto, não dispõem de um diagnóstico das necessidades e possibilidades do sistema local de saúde, gerando dificuldade para garantir a adequada organização e administração dos serviços. Muitas vezes são realizados investimentos desnecessários em construções de unidades hospitalares, que depois ficam sem conclusão ou operam com baixa resolutividade, pela falta de equipamentos ou de profissionais, deixando de fazer investimentos nos serviços de média complexidade, que dariam respostas a muitas necessidades da população, sem tanta despesa.

Nesse cenário, as estratégias de Promoção da Saúde, onde se incluem as ações de prevenção, educação, recuperação



e reabilitação, implementadas por intermédio de políticas intersetoriais, têm sido completamente abandonadas. Tal abandono pode ser ilustrado por áreas específicas, entre as quais o combate à violência e aos acidentes de trânsito, ou a prevenção de doenças crônico-degenerativas e neoplasias. Reforçada pela mídia, a lógica do tratamento das doenças com de ações hospitalocêntricas e especializadas ainda é hegemônica.

A atenção básica, apesar de ampliada, não é eficaz, gerando sobrecarga para os serviços hierarquicamente superiores do Sistema. Em locais onde funciona adequadamente, cria demandas aos níveis de média e alta complexidade do Sistema que não têm sido acompanhadas de ampliação da sua oferta na mesma proporção, dadas as restrições dos tetos financeiros e a insuficiência dos investimentos.

Para os participantes da 11ª CNS, os serviços especializados têm gargalos que exigem a intervenção dos gestores para garantir a equidade da atenção, de acordo com a necessidade de cada usuário do Sistema. O acesso aos serviços especializados é ainda muito precário. Embora haja aplicação privilegiada de recursos de custeio nos níveis de maior complexidade, em detrimento da atenção primária, é insuficiente o investimento nas ações de média e alta complexidade, com pontos de estrangulamento que precisam ser identificados e solucionados. A oferta de serviços de alta complexidade é desproporcional à demanda atual e não se dá a partir da leitura sistematizada das necessidades sociais. Essa situação se agrava à medida que são incorporados novos usuários ao Sistema, tanto pelo aumento populacional quanto pela estruturação de unidades do PSF em localidades antes desassistidas. Geralmente centralizados nas grandes cidades, esses serviços são insuficientes e de qualidade e indicação questionável. Há grande privilégio ao setor privado



na produção de serviços, inclusive com benefícios fiscais.

Além disso, na medida em que não há protocolos técnicos para nortear indicações de natureza mais complexa, ou regulamentar as demandas que envolvam recursos mais sofisticados, a incorporação de novas tecnologias pelo setor público de saúde é, em última instância, resposta às pressões de mercado e da mídia. O poder público alimenta interesses conflitantes com a organização do Sistema ao investir em determinadas especialidades que lhe asseguram maior visibilidade política. Muitos municípios, mesmo os em gestão plena, não têm controle sobre os conflitos entre interesses do mercado e interesses da população.

A baixa resolutividade é bastante evidente no Sistema. Contribuem para isso: problemas de infra-estrutura da rede de serviços, particularmente de pessoal em áreas especializadas, distribuição espacial e hierarquização da rede, instalações, sistemas de acesso físico etc.; a falta de protocolos que orientem o médico e a equipe de saúde quanto aos procedimentos adequados para a maioria dos problemas de saúde; a carência de normas sobre procedimentos de integração intra e intersetorial; as diversas dificuldades para encaminhamento/marcação de consulta para serviços de média e alta complexidade, associadas à relativa desorganização dos serviços.

O problema do atendimento às emergências é particularmente destacado. Há municípios onde esses serviços inexistem ou funcionam precariamente. Há sobrecarga nas capitais e grandes centros urbanos, o que evidencia tanto a escassez de serviços resolutivos na maioria dos municípios quanto o estrangulamento da rede básica nas capitais e cidades de maior porte, que deveria solucionar a maioria dos problemas que acabam recorrendo às emergências. Entendem os participantes da 11ª CNS que a garantia do funcionamento de um serviço de emergência 24 horas em cada município



é fundamental para garantir a equidade e a universalidade da atenção, e para que a população que ganha pouco ou é desempregada possa confiar no SUS.

Os participantes da 11ª CNS entendem que a racionalidade do modelo é voltada para o lucro e não para as necessidades, constituindo uma lógica perversa. Os hospitais privados só querem atender patologias que dão lucro. As patologias crônicas e os traumas, que são de alto custo, deixam de ser interessantes financeiramente para a rede privada. Os critérios seletivos baseados na lógica do capital e do lucro, que elege as patologias de interesse da iniciativa privada, produzem distorções na oferta assistencial. O modelo assistencial ainda é privatista e curativo, e por esta razão não cumpre os princípios do SUS.

Uma das razões para isso é a falta de assessoria do MS aos estados e municípios, para garantir a integralidade, a articulação e integração, e para a superação das dicotomias das ações de saúde, inclusive na sua vigilância. O MS arrefeceu a discussão sobre a vigilância em saúde e a criação das agências tende a fragmentar o SUS nesta área. Houve consenso em que há um longo caminho a percorrer no sentido da integração da vigilância sanitária com a vigilância epidemiológica e ambiental, e de que a epidemiologia não tem sido utilizada para nortear o planejamento das ações de Saúde.

O Cartão SUS, que já teve sua implantação decidida há muito tempo, tem tido sua consecução postergada. Os participantes da 11ª CNS consideram sua implantação um avanço real, conseqüência lógica da tecnologia moderna, que virá facilitar o sistema de referência e contra-referência. Temem, contudo, que estejam sendo realizadas despesas com o Cartão SUS sem que estejam claramente definidas muitas questões, o que pode implicar gastos inúteis. Existem também preocupações relativas aos instrumentos de controle do sigilo



das informações contidas no sistema do Cartão SUS.

Há falta de recurso humanos na rede – inclusive no atendimento de urgência/emergência – e há, muitas vezes, falta de comprometimento dos profissionais com a população e seus problemas. Os funcionários, com frequência, não respeitam o usuário em momentos de fragilidade pela doença, reproduzindo-se assim um ciclo incessante de mau atendimento: ineficaz, insuficiente e desumano. Uma das facetas das dificuldades na relação usuário/profissional é a desinformação dos pacientes: a equipe não transfere conhecimento básico nem informa sobre suas ações. Há, também, falta de proximidade do profissional e da equipe de saúde com os problemas de saúde no seu local de trabalho. Há necessidade de conhecimento adequado das equipes de saúde acerca dos problemas e necessidades da população que atendem, em especial as mais carentes. Esse trabalho centrado nas necessidades sociais e de saúde locais deve ser parte do processo de formação profissional (universidade ou cursos técnicos).

Por fim, praticamente inexistem processos de avaliação do desempenho do Sistema. Devido à ausência de instrumentos e ferramentas de avaliação de impacto das ações de saúde, inexistem avaliações de desempenho centradas nos resultados das políticas de saúde e dos serviços assistenciais.

O ACESSO AOS SERVIÇOS DO SUS

Os participantes da 11ª CNS entendem que existem dificuldades para utilizar o SUS, por desconhecimento de seus programas e ações por parte da população. Algumas pessoas têm acesso diferenciado ao SUS, seja por desorganização e desvinculação dos serviços, seja pela proximidade com



os gestores, utilizando quando, onde e quanto querem, enquanto grande parte da população amarga filas de espera, precisa madrugar à espera de atendimento ou tem de recorrer ao pagamento de planos de saúde para ter direito a consultas e exames especializados.

Serviços essenciais não são oferecidos ou o são de forma muito precária, como por exemplo, a vigilância à saúde do trabalhador, os serviços de reabilitação, o atendimento adequado aos pacientes de idade avançada, o atendimento em saúde mental e o atendimento odontológico que se restringe às ações básicas, não contemplando as necessidades de tratamentos de média e alta complexidade. Outros tipos de procedimentos não são ofertados pelo SUS e, portanto, são inacessíveis aos usuários, como por exemplo, algumas cirurgias corretivas consideradas estéticas, mas que de fato envolvem questões do bem-estar e da auto-estima do cidadão (cicatrizes por queimadura, varizes, ginecomastia etc.) Os municípios pequenos e do interior não têm condições assistenciais em termos de hospitais e tecnologia.

Há dificuldades de acesso à atenção de média e alta complexidade até nas cidades-pólo. Dentre os entraves, foram ressaltados a questão da precariedade do funcionamento das Centrais de Leitos e de Consultas, e o fato de os municípios não estarem integrados na gestão dessas centrais; a cobrança indevida em hospitais privados ou universitários conveniados com o SUS; e a formação de cartel pelos anestesistas. O privilégio ao setor privado na produção de serviços de alta complexidade, em detrimento de investimentos na estruturação de serviços públicos que se destinem ao atendimento das demandas sociais na área, torna os usuários reféns dos empresários do setor, obrigados a pagar pelos serviços que necessitam e até mesmo privados do acesso. O atendimento discriminatório a pacientes do SUS, em relação



aos que possuem planos de saúde, dentro das instituições públicas, também foi denunciado. Os limites financeiros do gestor acabam por diminuir a quantidade do serviço prestado e condicionar o trabalho da equipe de saúde, que não consegue oferecer tratamento, medicamentos e equipamentos adequados e às vezes indispensáveis ao usuário.

A precária integração dos hospitais universitários ao Sistema foi destacada, afirmando-se que constituem referência que não funciona de fato. Nesse setor, reconhecem que existe grande resistência à maior integração.

O MODELO ASSISTENCIAL NO SUS

A integralidade da atenção apareceu com força no debate dos grupos, evidenciando uma questão prática e imediata: o que a população exige do SUS é que ele seja capaz de atender aos problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade da saúde, e não apenas sendo capaz de tratar das doenças e acometimentos graves com risco à vida. Para os participantes, os programas tradicionais de Saúde Pública e as ações orientadas para segmentos específicos da população não têm sido direcionados para o conceito de integralidade, sendo necessário o fortalecimento dos municípios na gestão de toda a política de saúde, com a cooperação técnica, financeira e operacional dos estados e da União, efetivando as diretrizes do SUS.

O Brasil ainda não tem um modelo de Atenção à Saúde adequado, que atenda aos problemas de saúde no País com equidade. Os modelos vigentes mantêm caráter assistencialista, sendo incapazes de responder às necessidades da população. São modelos obsoletos, curativistas, assistencialistas,



operados por profissionais despreparados para atuarem com o respeito devido aos direitos do paciente e suas necessidades, e com a qualidade necessária. São centrados na figura do médico, mais voltados para a doença, gerando expectativa de que a única forma de resolver os problemas de saúde seja tratar a doença medicamente. São modelos privatistas, que praticam arrocho salarial e a precarização das relações de trabalho. Ademais, não são estimuladas alternativas assistenciais menos caras e complexas, de reconhecida eficácia, como os tratamentos e internações domiciliares ou práticas terapêuticas não hegemônicas, como a acupuntura, fitoterapia e homeopatia. O Sistema continua fragmentado e a intersectorialidade é precária.

Há grande fragmentação na atuação das equipes de saúde. Os trabalhadores, muitas vezes, executam a mesma tarefa, mas com vinculação a órgãos de origem diferenciados e com diferentes gerências, salários, condições de trabalhos, carga horária e acesso a capacitação, o que acarreta desarticulação e desestímulo. De outro lado, a organização dos profissionais nas equipes de saúde é hierarquizada, com o médico no centro do processo de trabalho em detrimento dos outros profissionais, o que agrava a desarticulação e gera situações cotidianas de conflito, onde os profissionais de menor nível hierárquico apenas recebem ordens e não contestam procedimentos e processos de trabalho que contribuem para a baixa qualidade do atendimento. Há necessidade de desmistificação do papel do médico e de reconstrução das relações de poder nas equipes de saúde. Há, também, distanciamento e falta de relação humanizada entre trabalhadores da Saúde e gestores.

Em relação ao PACS e PSF, entendem os participantes da 11ª CNS que esses programas correm o risco de se tornarem sobreposições de exercício do serviço de atenção básica. São programas que trouxeram para o SUS demandas



epidemiológicas, sanitárias e ambientais sem encontrar a contrapartida da integralidade e da resolutividade. A maioria deles ainda não está integrada a um sistema de referência para ações de maior complexidade. O PACS e o PSF, em si, não são suficientes para garantir a própria atenção básica e podem se tornar um engodo, no sentido de manter um modelo de saúde pobre para os pobres, tornando-se bandeira de governos que simplificam o modelo assistencial, apresentando-os como panacéia que solucionará todos os problemas de saúde. A questão da gestão do trabalho nesses programas é bastante destacada: agentes sem garantia de contratos/concursos; dificuldades na elaboração de concursos, que podem não contemplar a realidade; remuneração diferenciada dos profissionais, que no PSF ganham até quatro vezes mais que os profissionais da rede, o que tem desestimulado estes últimos e causado problemas no atendimento e na humanização do atendimento nas unidades de saúde.

Muitas questões foram levantadas sobre a forma heterogênea com que o PSF tem sido implantado nas diversas regiões do Brasil: salários diferentes, jornadas de trabalho diversas, composição das equipes (ora com enfermeiras, ora sem, com equipes multidisciplinares e diferentes especialidades ou dentro de um modelo conservador que não contempla as necessidades e padrão de demanda de populações de cidades médias e grandes). Entendem que, em muitos locais, não se implantou o PSF como preconizado, apenas se encontrou uma forma de pagar de modo diferenciado aos médicos, que não aceitam os salários que a maioria dos servidores municipais recebe. Mas eles não residem nas localidades, não cumprem as oito horas de expediente e não são capacitados para atender a todas as especialidades básicas. Em algumas regiões, identifica-se o não cumprimento, pelos médicos, dos seus



papéis frente às famílias por falta de formação em Saúde Pública, até porque não permanecem nos municípios por tempo suficiente para receber treinamento adequado.

Reconhecem a existência de muitos municípios que se valem da implantação do PSF/PACS para orientar a organização do Sistema, criando sua porta de entrada. Nesses municípios, as equipes de PSF têm sido um aliado importante dos usuários na busca da garantia do acesso à atenção secundária e terciária. Quando o programa se implanta efetivamente, deixa de ser necessária a intermediação pelos políticos ou cabos eleitorais no acesso a consultas, exames ou tratamentos mais complexos. A interferência político-partidária é denunciada: compromete a continuidade dos serviços prestados e opera transformando os agentes de saúde e mesmo as equipes de PSF em cabos eleitorais, que quando se recusam a esse papel são demitidos, o que também ocorre quando o partido perde a eleição. Quando esses fatos são denunciados, não são tomadas medidas nem pelo Ministério da Saúde nem pelas Secretarias de Saúde, porque muitas vezes são seus aliados políticos que agem dessa forma.

Considerado como modelo de atenção prioritário, com potencial para reorientar o modelo de atenção vigente desde que tenha equipe multiprofissional competente, o PSF é também percebido como medida meramente paliativa, que não assegura a integralidade da atenção à saúde. Está sendo desvirtuado, na medida em que se mantém assistencialista, esquecendo a promoção e a prevenção, embora tenha a potencialidade de se transformar num modelo ideal.



FINANCIAMENTO DO SUS

A questão do financiamento tem sido, ao longo dessa década de implantação do SUS, um dos temas mais candentes na agenda de construção do SUS. Durante a década de 90, a crise do financiamento expressou-se na forma de montantes insuficientes, irregularidade dos fluxos financeiros, necessidade de superar formas e critérios de repasse que não contemplavam a equidade como princípio orientador.

A contradição entre o modelo econômico brasileiro e a proposta de construção do SUS refletiu-se, nesses dez anos, na dificuldade de obter formas estáveis e montantes suficientes para o financiamento do sistema público de saúde, em constante atrito com a expansão de um sistema privado dirigido pela lógica excludente de mercado, coerente com o modelo de desenvolvimento hegemônico no Brasil.

No entanto, os participantes da Conferência reconhecem que algumas conquistas importantes foram alcançadas, como resultado das intensas mobilizações e forte pressão política exercida sobre a União e o Congresso Nacional. A criação da CPMF, ainda que operando como fonte substitutiva, permitiu a regularização do fluxo dos recursos ao longo dos exercícios financeiros. A instituição do Piso de Atenção Básica permitiu o repasse fundo a fundo de recursos destinados às ações e serviços básicos, com critérios assentados em bases populacionais, introduzindo um importante elemento de redução de desigualdades na distribuição dos recursos federais e permitindo aos gestores iniciar um processo de reorganização da rede de serviços. E, no ano 2000, a conquista da aprovação da Emenda Constitucional 29/2000, ainda que não represente a forma ideal desejada pelo setor, cria horizontes mais favoráveis aos montantes destinados à saúde, e coloca desafios para o



Controle Social quanto ao melhor e mais adequado destino dos recursos acrescidos. As principais restrições à EC29/00 estão associadas ao fato de não vir acompanhada de uma regulamentação imediata que garanta um significativo aumento dos recursos na área da Saúde, principalmente pelas indefinições sobre o que será admitido como gastos em ações e serviços de saúde. Além disso, é preciso garantir formas efetivas de que os recursos adicionais ajudem a constituir a garantia do acesso, da qualidade e da humanização da atenção, e o aumento da equidade. Também é preciso que seja formulado um Projeto de Lei que contemple, a partir de 2004, a conformação de um novo patamar de financiamento para a Saúde. Por outro lado, a aprovação da EC 29 abre uma etapa de luta nos municípios e estados, para que, de fato, cumpra-se o comprometimento de recursos previstos para a área.

Segundo os participantes desta CNS, não obstante, existem restrições inexplicáveis ao orçamento da Saúde. O Conselho Nacional de Saúde aponta que a arrecadação da União cresceu 80% entre 1995 e 1999. Se a proporcionalidade de distribuição das receitas tivesse sido mantida, o orçamento da saúde teria chegado a R\$ 38 bilhões no ano 2000, ao invés dos R\$ 22 bilhões observados. Isso não ocorre, entre outros fatores, porque 44% do orçamento da União são destinados ao pagamento de juros e amortização da dívida externa. O Governo Federal tem reduzido a destinação de recursos das contribuições sociais à saúde. O ingresso dos recursos originados da CPMF não aumentou o volume de recursos para a Saúde, o que a caracterizou como fonte substitutiva. Além disso, tem havido crescente utilização de recursos federais no financiamento de serviços privados, com o repasse para cooperativas, organizações sociais e outras formas de prestadores privados, sem Controle Social.

Projetos e programas verticais prevendo focalização de clientela e fornecimento de cardápios fixos de procedimentos



básicos têm sido utilizados para equalizar os gastos, em detrimento dos princípios e diretrizes do SUS. O financiamento da assistência farmacêutica básica tem sido insuficiente e os municípios têm tido dificuldades de acesso a esses recursos. Os recursos repassados através do Piso da Atenção Básica não têm sido suficientes para atender às necessidades de estados e municípios. O custo da Atenção Básica, incluindo vacinas, varia nas diferentes regiões, o que não tem sido levado em consideração ao fixar valores *per capita*.

Recursos de fontes adicionais, que poderiam ser incorporados ao SUS, continuam privatizados, como as verbas do Seguro Obrigatório dos Veículos, dos Seguros de Transporte de Cargas e Passageiros e os recursos para atenção de urgências embutidos nos valores dos pedágios das estradas. Desse modo, os municípios prestadores de atendimento aos acidentados não têm tido acesso a essas verbas. Existe, ainda, a ameaça de privatização dos recursos do Seguro do Acidentado do Trabalho, e conseqüente perda pelo setor público das verbas dele oriundas.

Não há efetivo compromisso com a destinação mínima dos recursos pelos três níveis de governo, mormente dos governos estaduais, que, em alguns casos, recebem repasse de recursos da União mas não os transferem aos municípios. Os estados, com poucas exceções, não têm repassado recursos próprios para a Saúde e também não têm adotado critérios de financiamento que favoreçam a consolidação de redes municipais e regionais de serviços, principalmente em relação aos procedimentos de média e alta complexidade.

Além do volume de recursos e sua destinação, os mecanismos de acompanhamento e controle dos gastos também preocupam os participantes da 11ª CNS. A discussão dos orçamentos pelos conselhos ainda não é uma realidade em todo o País e a complexidade da contabilidade pública não é acessível à maioria dos conselheiros. Os orçamentos aprovados pelos conselhos



nem sempre são executados, por falta de acompanhamento efetivo, principalmente em relação à liberação dos recursos. Ainda há recursos executados fora dos Fundos de Saúde, contrariando as disposições legais; e, em muitos municípios, o controle dos recursos é feito pela Secretaria da Fazenda e/ou pelo chefe do Executivo. Não há estruturas suficientes, nos diferentes níveis de governo, para operar mecanismos rotineiros de auditoria. Não há acompanhamento efetivo das licitações, o que permite a ocorrência de superfaturamentos e desvios. As emendas parlamentares aos orçamentos federal e estadual não contemplam as prioridades definidas nos planos de saúde e planos plurianuais de investimento.

A forma fragmentada de transferência dos recursos federais – tabelas de produção, programas verticalizados e atividades rigidamente estabelecidas (tuberculose, DST/AIDS, hanseníase, frações de média e alta complexidade etc.) – impede a democratização da discussão sobre o uso dos recursos alocados nos fundos de saúde. A maior parte das verbas chega “carimbada”, dificultando a adequação de seu uso para atender aos problemas específicos dos municípios. Embora se reconheça que a livre aplicação de recursos implica no risco de desvio, isso não justifica ferir a autonomia dos municípios.

Os participantes da 11ª CNS denunciam, também, a ausência de critérios adequados para a transferência de recursos da vigilância epidemiológica pela FUNASA. Os critérios baseados apenas na população não servem para definir a alocação de recursos para vigilância epidemiológica. Em que pesem tais dificuldades, consideram que a FUNASA tem colaborado para a solução de diversos problemas ligados à questão de controle de endemias.

Além disso, permanece a alocação de recursos públicos do orçamento federal, fora do SUS, na prestação de serviços não universalizados, como no atendimento oferecido às Forças



Armadas. Salienta-se ainda o tratamento diferenciado do governo federal às chamadas “organizações sociais”, do tipo da Fundação Associação das Pioneiras Sociais, que recebem, proporcionalmente, mais recursos que a rede própria do SUS. O SUS também atende a usuários de planos e seguros privados de saúde sem o devido ressarcimento. Os prestadores conveniados e contratados geram um duplo pagamento pelas urgências e emergências, ao receber do SUS e dos planos e serviços privados.

RECURSOS HUMANOS

O SUS é o grande empregador dos trabalhadores de saúde, tanto no setor público como no privado credenciado. A política de recursos humanos é, hoje, o maior problema para a gestão do SUS nos municípios. No entanto, os temas desta Conferência – Humanização e Acesso – acabaram por favorecer uma polarização usuários *versus* trabalhadores de saúde, que desviou a atenção da discussão substantiva: a política irresponsável de governo no campo dos Recursos Humanos – uma das facetas do processo de desmonte do Estado brasileiro. Se, de um lado, os profissionais de saúde não são responsáveis pelo caos em que se encontra o SUS, por outro a população é punida pela política de Recursos Humanos vigente no SUS. A dificuldade do debate evidencia-se pela demora na elaboração da NOB de Recursos Humanos, deliberada na 10ª CNS, em 1996, e que se encontra em sua terceira versão, carregada de polêmicas.

Na questão dos recursos humanos, soma-se à falta de vagas para algumas categorias a impossibilidade de preenchimento em outras, por falta de atrativos econômicos e/ou locais, como acontece com a categoria médica. Apesar da necessidade de profissionais com visão de Saúde



Pública, não se remunera nem se estimula a formação dos mesmos. A valorização das carreiras generalistas não tem acontecido. A falta de humanização do atendimento decorre, ainda, da falta de recursos que possam sensibilizar, motivar e capacitar os trabalhadores da Saúde. É também apontada a ausência de políticas que estimulem a permanência do profissional no interior do País, com concentração dos mesmos nas áreas mais urbanizadas.

As múltiplas jornadas e responsabilidades e a carga horária dos profissionais dificultam e reduzem a qualidade do trabalho e a qualidade da atenção, sendo necessária uma mudança das condições de trabalho do profissional de saúde. Critérios de seleção por outras vias que não o concurso público favorecem apadrinhamentos. A carga horária imposta não permite atendimento digno. O trabalhador precisa de tranquilidade, e hoje, necessita de vários empregos para sobreviver. Deve-se lembrar que o profissional de saúde também é humano: profissional estressado não faz atendimento humanizado. A consequência é que o profissional de saúde não cumpre o horário e falta em demasia ao trabalho.

Em muitos municípios há aumento dos contratos temporários, cooperativas e outras formas de organização e contratação. Essa situação é estimulada por limitações impostas pelas Leis Camata e de Responsabilidade Fiscal, que se tornam grandes obstáculos à implementação do PCCS. A fixação dos profissionais nos sistemas locais de saúde, tanto na área de atenção (ponta) quanto na administração dos programas (meio), é precária, o que dificulta a constituição e sustentação de equipes de trabalho que mantenham tais programas ao longo do tempo, e favorece o desvio de recursos humanos para outras áreas. Cargos de confiança são ocupados por profissionais pouco ou nada qualificados. A diferenciação de vínculos entre os trabalhadores de saúde – CLT, estatutários, terceirizados, cedidos, cooperativados –,



prejudica a interação entre os servidores e contribui para o desgaste enfrentado pelos gestores. O equívoco da aprovação de lei federal que define duplicidade de vínculos para todas as categorias virá agravar esse quadro.

Os baixos salários e a disparidade salarial entre os trabalhadores que ocupam o mesmo cargo nos três níveis do governo acarretam falta de motivação dos profissionais de saúde. O profissional médico recusa-se a trabalhar pelos valores de remuneração do SUS, forçando a clientela a buscar assistência privada.

Existe forte indefinição quanto à posição do Agente Comunitário de Saúde na organização de RH do SUS, exigindo uma decisão política não apenas do Ministério da Saúde, mas também do Ministério do Trabalho, em resposta às demandas e à mobilização desses trabalhadores.

Nesse contexto, a relação dos profissionais com os serviços é marcada pela falta de compromisso, embora existam profissionais comprometidos. O médico se forma e não tem nenhum compromisso com a população ou com a sociedade, que é quem investe nessa formação.

Uma situação ética e administrativamente inaceitável é a dos anestesistas, ao exigir duplo pagamento, do SUS e do usuário, que não pode se defender no momento de fragilização pela necessidade de uma intervenção cirúrgica.

É necessário exercer maior controle social sobre a relações de trabalho, sobre as condições de trabalho e sobre a estabilidade do vínculo trabalhista, de modo a favorecer o compromisso dos trabalhadores da Saúde, superando a cultura de culpabilização do gestor e do médico pelos problemas do Sistema.

Garantir a igualdade e a qualidade da atenção à saúde exige novos processos e melhoria das condições de trabalho, com



salário justo, revertendo o modelo proposto pelo governo federal e que tem provocado a desvalorização do salário dos servidores públicos, há mais de 6 anos sem reajuste salarial.

Formação e Capacitação de RH para a Saúde

A educação na área da saúde nunca foi tão enfatizada. E não se trata mais de formar pessoal competente tecnicamente, mas profissionais que tenham vivido e refletido sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social. Os participantes da 11ª CNS entendem que a formação dos profissionais não está orientada, hoje, para o atendimento da população usuária do SUS. Há deficiência técnica e ética na formação do profissional que chega ao serviço, que precisa ser melhor preparado quanto à humanização.

O Ministério da Educação precisa adequar o currículo das escolas de profissionais de saúde, incluindo como prioridade as ações de atenção básica. Os profissionais são, hoje, formados para uso intensivo de tecnologia médica e para a especialização, o que não é um perfil adequado para o SUS. Essa lógica estimula o abuso do diagnóstico armado, em detrimento da avaliação clínica do paciente, dando origem a um número enorme de exames subsidiários, agravando a busca e a espera da clientela, dificultando o acesso. Não há, também, uma política adequada de formação de profissionais de nível médio.

As universidades não estão cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o Controle Social. A formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela leitura das necessidades sociais em saúde. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das universidades e das sociedades



de especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados.

Dessa forma, cristalizam-se barreiras para o SUS exercer o seu preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção, queda na qualidade dos serviços de saúde e interiorização de recursos humanos.

Há ausência da academia nos processos de formação, requalificação e capacitação dos RH para a nova realidade e modelos de gestão. Essa falta de qualificação profissional desmotiva e desgasta física e emocionalmente, acarreta dificuldades de relacionamento e impede a coesão das equipes de saúde, resultando na execução das tarefas sem planejamento e exigindo uma política de Educação continuada aos profissionais.

O CONASEMS e o CONASS têm atuado pouco na melhoria do trabalho e da atuação dos gestores estaduais e municipais, e o resultado tem sido a baixa capacitação dos gestores.

É preciso, também, criar mecanismos de absorção dos profissionais que saem das universidades e vão para o setor público com o objetivo de ganhar experiência, deslocando-se, posteriormente, para a rede privada.



CONTROLE SOCIAL SOBRE O SUS

Os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde entendem que houve avanço significativo no Controle Social do SUS nos últimos anos, como fruto de intensas mobilizações e lutas, o que contribuiu para a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização na atenção à saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde são os mecanismos de controle social que mais avançaram na aproximação com as necessidades e demandas dos cidadãos.

A adequada participação dos conselhos na gestão do SUS, contudo, ainda sofre impedimentos diversos, entre os quais são citados: a) falta de controle sobre Central de Marcação; b) pouco acesso aos dados do DATASUS para orientar as prioridades e o planejamento; e c) carência de informação sobre o próprio SUS, que distancia os usuários do Sistema da participação efetiva nos conselhos de saúde.

Os Conselhos de Saúde carecem de estrutura, capacitação e assessoria para assumirem as tarefas decorrentes de uma postura mais ativa de apropriação e uso das informações, refletindo-se em controle social pouco efetivo. O Conselho é um espaço que deve sempre questionar se estão sendo respeitadas as diretrizes do SUS frente a cada iniciativa do Sistema: garante-se o acesso universal, a integralidade do Sistema, a equidade na alocação de recursos? o controle e a participação sociais? que fonte paga a iniciativa, qual o custo/benefício da mesma? Deve ser exercido mesmo nos debates técnicos, como o referente ao Cartão do SUS.

Os Conselhos de Saúde carecem de autonomia frente ao Executivo, pois muitos não têm orçamento próprio, e outros são instituídos por decreto e não através de Lei. São



comuns os “Conselhos Cartoriais”, atrelados ao gestor, com vícios na representação dos diversos segmentos, inclusive de usuários, comprometendo a autonomia política. São ainda apontados vícios na elaboração dos regimentos dos Conselhos e Conferências, que nem sempre são discutidos de forma democrática com os conselheiros. Em suma, os atuais instrumentos para a garantia da autonomia dos Conselhos frente ao gestor são insuficientes para evitar a dependência, a concentração e o abuso do poder.

Há também falta de compromisso político e perfis inadequados de determinados gestores, com falta de responsabilidade e de compromisso com a gestão democrática e respeito às instâncias de Controle Social do SUS. Citam-se as experiências do PAS em São Paulo e a criação de “organizações sociais”, desresponsabilizando o gestor público da prestação de serviços.

Os Conselhos de Saúde, ao não trabalharem de forma sistemática com informações em Saúde, perdem a capacidade de gerar agendas sociais de ação adequadas à percepção da dimensão dos problemas, suas determinações sociais e sua distribuição no território. Essa distância dos Conselhos em relação às informações decorre de dificuldades de acesso às informações, pelo não domínio das tecnologias de uso das mesmas e pela não compreensão dos métodos de análise e interpretação, impedindo o uso do vasto universo informativo passível de ser explorado, integrado e utilizado por todos os atores sociais envolvidos.

Foram apontados vários aspectos que dificultam o desenvolvimento dos mecanismos de Controle Social, a saber: a) a ausência de uma cultura de Controle Social e transparência na gestão dos recursos públicos, agravada pelo autoritarismo dos gestores no exercício do governo (desobediência às prerrogativas dos conselheiros, sobretudo em relação aos representantes



dos usuários); b) a falta de legitimidade de alguns conselhos municipais e irregularidades na sua composição; c) a desarticulação dos conselhos com a sociedade, com os poderes constituídos e com outros conselhos; d) a descontinuidade do trabalho dos conselhos quando ocorre a troca do gestor municipal e o receio, por parte dos conselheiros, de possíveis represálias do poder político; e) a falta de articulação e insuficiência dos mecanismos de comunicação entre os conselhos nas três esferas de governo, com falta de divulgação e transparência das discussões e deliberações dos Conselhos Nacional e Estaduais para os Conselhos Municipais, e destes para as comunidades; f) a falta de representatividade dos conselheiros, freqüentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo freqüentemente indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral de desorganização da sociedade civil; g) a falta de capacitação de gestores e conselheiros (falta de informações quanto aos princípios e legislação do SUS, extensivos aos cidadãos de forma geral; deficiências de capacitação dos conselheiros); e h) o desconhecimento dos conselheiros sobre as formas e mecanismos de recorrer ao Judiciário e a outros mecanismos de exercício do Controle Social.

O debate a respeito da constituição de sujeitos sociais apontou para a necessidade da sua definição com vistas à formulação e fiscalização de políticas de saúde, entendendo-se por sujeito social cada cidadão individualmente e também os agentes sociais institucionais. No caso da Saúde, são sujeitos sociais os conselheiros de saúde e todos aqueles que podem intervir na formulação e na fiscalização do SUS.



POLÍTICAS DE INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO (IEC)

As políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) devem subsidiar e estar coerentes com a política nacional de saúde e os princípios do SUS.

Os processos de descentralização, democratização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde demandam ações de uma ampla rede de parcerias constituída de cidadãos, usuários, gestores, profissionais, instituições, organizações não-governamentais, conselheiros de saúde e todos aqueles que podem intervir na formulação e na fiscalização do SUS.

A participação ativa, informada e propositiva tem encontrado obstáculos: as informações acumuladas no SUS (financiamento, dados epidemiológicos, recursos humanos, programas, experiências bem sucedidas etc.) não são democratizadas em linguagem acessível e adequada aos diferentes públicos; falta transparência nas ações governamentais; há desconhecimento, pelos usuários, da legislação do SUS, e conseqüentemente dos próprios direitos e da possibilidade de recorrer ao Ministério Público para garantir o acesso e a qualidade do atendimento; o SUS é utilizado de forma clientelista, oportunista e eleitoreira por representantes do Legislativo; faltam informações e capacitação de gestores, conselheiros e população em geral; falta infra-estrutura em IEC para o funcionamento dos Conselhos, o que impede a comunicação adequada dessas instâncias entre si e com os poderes Executivo, Legislativo, Judiciário e a sociedade.

A informação em saúde é um insumo fundamental para o aperfeiçoamento das lutas do setor, mas não tem sido usada para o planejamento, programação, gestão e avaliação do Sistema, seus serviços e atividades. Assim, as reais necessidades



em saúde são desconhecidas, são freqüentes os problemas de dimensionamento das ofertas em saúde (para mais ou para menos) e as ações são fragmentadas, o que repercute na má qualidade da assistência e nas dificuldades de acesso.

Há necessidade, também, de um melhor diálogo entre os serviços, os profissionais de saúde e os usuários, que transmita segurança e confiança nos diagnósticos e tratamentos adotados. Entre as causas dessa má comunicação e mesmo da falta de respeito aos usuários, destaca-se o descompasso entre o aparelho formador de recursos humanos e os princípios do SUS.

Persiste a subnotificação e faltam espaços de circulação e avaliação das informações junto aos três níveis de governo; serviços, conselhos de saúde e a sociedade em geral. Também existem barreiras políticas e administrativas para a melhoria da qualidade e a integração dos dados. Persistem casos de manipulação de dados sempre que são desfavoráveis à imagem de governos na grande imprensa.

A mídia reforça a lógica do tratamento das doenças através de ações especializadas e centradas no modelo hospitalar. O próprio poder público investe em estratégias de comunicação que favorecem determinadas ações, especialidades e projetos que lhe asseguram maior visibilidade política.

É restrito o acesso às informações produzidas por serviços de segurança pública, como o IML e SVO. Em muitas regiões pobres, os cartórios ainda criam barreiras para o acesso gratuito aos registros civis.

Soma-se o fato de que os sistemas nacionais de informações epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas mantêm bases de dados separadas, que nem sempre estão disponíveis na desagregação necessária (em nível de município, distritos e unidades de saúde).



Portanto, se o desafio é instituir um sistema público de saúde democrático, onde as prioridades sejam definidas de forma participativa, com mecanismos de controle social, é urgente a definição de uma política de IEC que garanta instrumentos permanentes de divulgação e comunicação dos Conselhos de Saúde com a sociedade. Essa política deve levar em conta as lutas pelo acesso e legalização das rádios comunitárias, jornais, TV e outros meios que possam prestar informações e assegurar a expressão da população, e permitir a cada cidadão que exerça o seu papel de fiscalização sobre as políticas públicas.

Além disso, a formulação e a execução de políticas e projetos de IEC pelos gestores públicos não devem ser marcadas por influências e favorecimentos ao setor privado. O compromisso maior deve ser com a recuperação da imagem do setor público como prestador qualificado de serviços de saúde.

As políticas e ações de IEC devem tornar o SUS conhecido da população, dos profissionais de saúde, dos poderes constituídos e da sociedade, não só nos seus princípios, diretrizes, programas e metas, mas também nas suas dificuldades de recursos e de gestão. Devem, ainda, ser capazes de superar a visão de saúde restrita à assistência, fazendo com que a prevenção e a promoção incorporem o significado da Saúde como um valor humano, um direito básico de cidadania.



RESPONSABILIDADES DOS PODERES LEGISLATIVO, JUDICIÁRIO E DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA GARANTIA DE ACESSO, QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO

No que se refere às responsabilidades dos Poderes Legislativo e Judiciário e do Ministério Público na garantia do acesso, equidade, qualidade e humanização na Atenção à Saúde, os participantes constataam que:

1. Faltam informações sobre o SUS, sua legislação, problemas e perspectivas, tanto no caso do Ministério Público, como no Judiciário e no Poder Legislativo. Da mesma forma, faltam instrumentos de articulação entre esses Poderes em termos de comunicação, de capacitação e de controle. Nas situações em que há avanços na atuação do Ministério Público, ocorrem também progressos no encaminhamento de questões relacionadas à garantia do direito à Saúde.
2. A prática política do Legislativo revela uma tendência de utilizar as questões da Saúde de modo clientelista ou em momentos eleitorais, não necessariamente direcionando a sua ação para o fortalecimento do SUS.
3. A precariedade do funcionamento da Justiça: o fato de o Judiciário não funcionar a contento e não respeitar os outros órgãos deixa os Conselhos sem esse importante apoio.
4. Os poderes Legislativo, Judiciário e o Ministério Público atuam pontualmente, apenas quando acionados, de maneira desigual, de acordo com as conjunturas específicas locais.



5. O Ministério Público carece de maior estrutura técnica para atuar na questão Saúde, apesar de ser esta uma área de relevância pública, conforme o Art. 197 da Constituição. Particularmente em municípios pequenos, o Promotor de Justiça vê-se obrigado a atuar em diversas frentes, o que, aliado à grande rotatividade deste profissional, impossibilita a consolidação de um maior conhecimento em Saúde e ações contínuas na área.

No que toca ao Ministério Público, os participantes entendem que ele pode contribuir para a implantação do SUS, garantindo o Direito Constitucional à Saúde, cumprindo a sua competência. No entanto, foram apontados os seguintes entraves a essa articulação:

- a) Não existem Promotores de Justiça suficientes para os mais de 5.000 municípios; há desconhecimento da legislação básica e específica da Saúde, por parte do MP, pois os promotores têm que conhecer uma pluralidade de áreas e aspectos. São problemas relevantes: a dificuldade de acesso da população ao MP, por desinformação, por mudança permanente de promotores, por localização e mecanismos de acesso jurídico. O MP sofre de um problema grave que é o seu atrelamento ao poder instituído, ao Executivo, reproduzindo os traços de submissão ao poder político e econômico, manifestos em uma postura de convivência com os problemas da Saúde. Faz vistas grossas à qualidade do Sistema, à não implementação de políticas e deliberações das conferências;
- b) Existe um problema cultural que implica no distanciamento da nossa população das lutas pela



Saúde. A história da sociedade brasileira, no que se refere à sua participação, não contribui para o conhecimento do SUS. Além dessa imaturidade participativa das forças populares no Brasil, os cidadãos não têm informações suficientes para utilizar/pressionar o MP, assim como o Sistema de Saúde. A maioria dos usuários desconhece o próprio direito ou mesmo que pode recorrer ao MP para garantir o seu acesso. Movimentos em Saúde têm feito pouco investimento em capacitação do pessoal do MP, gestores e conselheiros;

- c) O MP, na sua ação fiscalizadora, tem atuado de maneira pontual, ocasional e fragmentada, não contribuindo para o fortalecimento das instâncias gestoras e de controle do SUS;
- d) A consequência deste quadro – ressaltando grupos de promotores comprometidos e participantes que impulsionam ações preservadoras do acesso universal e equânime dos usuários do SUS –, é, muitas vezes, a desassistência à população e a falta de compromisso público de alguns promotores. Usuários reclamam do excesso de burocracia e lentidão do MP, e diagnosticam, muitas vezes, o uso do conhecimento que têm da lei para ludibriar o usuário.

DESAFIOS

Finalmente, considerando-se o cenário exposto e as diversas observações a respeito das condições e das possibilidades para o desenvolvimento do Sistema, os participantes da Conferência destacaram os seguintes pontos a serem tratados como desafios para acelerar a efetivação do SUS no cotidiano da população:



1. Instituir um sistema público de saúde democrático, onde as prioridades sejam definidas de forma participativa, com instrumentos de Controle Social como o Ministério Público e os Conselhos de Saúde, no contexto das políticas de Estado Mínimo do atual governo.
2. Reverter a percepção do MP de que a questão central do SUS é a igualdade de acesso, o que vem fazendo com que muitas vezes o gestor acate proposições do MP e decisões do Judiciário que, do ponto de vista da equidade, são extremamente injustas.
3. Abordar as questões raciais e de gênero através do Ministério Público, pois tratar desiguais com igualdade acaba reforçando a desigualdade.
4. Definir uma política que garanta instrumentos permanentes de divulgação e comunicação dos Conselhos de Saúde com a sociedade, como acesso e legalização das rádios comunitárias, jornais e outros meios no sentido de prestar informações à população sobre seu funcionamento.
5. Reconhecer a dificuldade que tem o *ethos* privado em obedecer as diretrizes do SUS de interesse coletivo – esta deve ser a razão principal para que a opção se faça pela via da ampliação dos serviços públicos, o que pode garantir coerência entre os meios e os fins do sistema de saúde preconizado pelo SUS. Em conseqüência, é preciso desenvolver mecanismos que garantam a formulação/execução de políticas e projetos pelos gestores públicos na área da Saúde que excluam a possibilidade de influências e favorecimentos no setor privado.



6. Recuperar a imagem do serviço público como prestador qualificado de serviços de saúde, hoje comprometida pelo desmonte do Estado e pela destruição da auto-estima do servidor público.
7. Criar mecanismos para que cada cidadão possa exercer seu papel de fiscalização dentro das políticas públicas na sociedade.
8. Superar, nas questões de saúde, a visão restrita à assistência, de forma que a prevenção e promoção se incorporem, assumindo o significado da Saúde como um valor humano, num processo civilizatório.
9. Tornar o SUS conhecido da população, dos profissionais de saúde e dos poderes constituídos, em termos de seus princípios diretrizes, programas, metas, dificuldades e recursos, entre outras coisas.
10. Instituir a cultura da avaliação, auditoria e controle em todas as esferas do Poder Público.
11. Rejeitar a Lei de Responsabilidade Fiscal por ser, comprovadamente, um impeditivo de desenvolvimento de Políticas no campo social (saúde, educação, habitação, assistência social). Nesse sentido, a Conferência aponta para a abertura, em nível legislativo, de uma discussão para analisar a questão, tomando medidas no sentido de que a lei referida não desacelere a implementação do SUS, dentro de seus princípios legais e constitucionais.



Dentre as principais dificuldades para mobilizar e/ou potencializar a participação ativa, informada e propositiva dos principais agentes sociais na formulação e na fiscalização das políticas de saúde, destacam-se:

- a) Como problema central, a falta ou o pouco conhecimento/informação a respeito do SUS, em seus aspectos legais e operacionais. Esse cenário atinge não só os conselheiros, mas também a população usuária do SUS e os seus recursos humanos;
- b) A formação dos recursos humanos para o SUS, identificando-se que os aparelhos formadores devem introduzir em seus currículos o ensino sobre o SUS – concepção, diretrizes, princípios, histórico e as bases legais, entre outros aspectos;
- c) A quantidade de informação acumulada a respeito do SUS (financiamento, orçamento para a Saúde, acesso, RH envolvidos, programas desenvolvidos, experiências exitosas etc.) não é democratizada e disseminada de forma transparente e nem mesmo com uma linguagem acessível para os diferentes atores sociais. Destaca-se a importância de publicação de todas essas informações, pois elas são fundamentais para a atuação dos sujeitos sociais, objetivando a efetiva construção do SUS;
- d) Os processos de capacitação dos diferentes agentes sociais devem levar a uma formação crítica (política e ideológica), ampliando, assim, a consciência política e a participação popular, objetivando torná-los agentes transformadores da sociedade.



11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

PROPOSIÇÕES



CONTROLE SOCIAL

1. Em relação à articulação e ampliação da representatividade dos conselhos, os participantes da Conferência indicam a necessidade de estimular a criação, nos Conselhos, de fóruns de representantes por segmentos. Da mesma forma, objetivando fortalecer a representatividade dos conselheiros, sugerem a criação de instrumentos e mecanismos (distribuição de pautas, atas e relatórios) que garantam que os conselheiros prestem contas sistematicamente das proposições encaminhadas e posições assumidas, às bases que os/as elegeram, buscando sempre subsídios para votar de acordo com as posições do coletivo que representam.
2. Os participantes da 11ª Conferência indicam também a necessidade de estimular instrumentos de articulação e ampliação de espaços de Controle Social, criando Conselhos Municipais e Estaduais de Cidadania, integrados por representantes dos diferentes conselhos municipais que tratam das políticas sociais. Essa iniciativa viabilizaria a formulação de estratégias diferenciadas e mais amplas para questões específicas de grupos vulneráveis, o aprimoramento das legislações e normas existentes de forma intersetorial, garantindo o direito desses grupos (índios, mulheres, negros, crianças, idosos, portadores de patologias específicas e portadores de deficiências etc.) à Saúde, de forma integrada. Esses conselhos deverão operar como instrumentos capazes de promover a conscientização da população e o enfrentamento político mais amplo



das propostas político-administrativas contrárias aos interesses populares.

3. A ampliação do Controle Social a outras instâncias do SUS também foi aprovada na Plenária Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, que indicou a necessidade de se estabelecer a criação de Conselhos Gestores em todas as unidades e serviços de saúde, ambulatoriais ou hospitalares, públicos ou conveniados (incluindo os Hospitais Universitários), garantindo a participação dos trabalhadores e usuários na sua composição. A consciência da existência de problemas que afetam os sistemas municipais de saúde, mas que estão fora de sua possibilidade de ação isolada, indica a necessidade de criação de instâncias de Controle Social nos moldes dos Conselhos de Saúde, nos Consórcios Intermunicipais de Saúde, além de Conselhos Regionais de Saúde, de caráter consultivo, compostos por representação dos Conselhos Municipais de Saúde, com a função de discutir questões de interesse regional, inclusive o estabelecimento de referências e sua regulação a partir da pactuação assumida pelas PPI. Esses Conselhos regionais poderiam ter, também, a função de realizar fórum de debate nas localidades que ainda não contam com Conselhos Municipais, com vistas à sua formação.
4. A ampliação do Controle Social para outras esferas que não o SUS também foi lembrada na Conferência, que indicou a necessidade de viabilização de outras formas de participação na discussão de políticas públicas, como a implantação do Orçamento Participativo,



visando a qualificar a participação e o Controle Social.

5. A criação de outros instrumentos de controle social vinculados aos conselhos foi recomendada, para fortalecer o papel fiscalizador dos conselhos, tornando-o mais efetivo. Nesse sentido foi enfatizada a criação de ouvidorias, vinculadas aos Conselhos de Saúde, de fácil acesso à população, para operarem como instâncias de encaminhamento de reivindicações e sugestões, e para auxiliar na busca de soluções para problemas nos serviços de saúde. A instalação de serviços do tipo “Disque-SUS”, para receber e tratar sugestões e denúncias de atendimento nos serviços de saúde, podem, igualmente, contribuir para aproximar o cidadão das instâncias de Controle Social do Sistema. No caso específico das Ouvidorias, sugere-se que as mesmas sejam eleitas pela sociedade civil, gozando de autonomia em relação ao governo, inclusive com dotações orçamentárias próprias, sendo criadas por meio de lei formulada em cada esfera administrativa do SUS, para garantir a defesa dos direitos dos usuários e tornar factível a fiscalização do Sistema por quem o utiliza.
6. A necessidade de aperfeiçoar as leis e regulamentos referentes ao Controle Social também foi reforçada pelas deliberações aprovadas na Conferência, que indicaram a necessidade de adequação dos instrumentos legais para a criação dos Conselhos de Saúde, para o detalhamento de sua composição e a consolidação do seu caráter deliberativo. Esse objetivo poderia ser atingido com a promoção de ação unificada entre o Executivo e o Legislativo,



formulando leis que complementem/regulem as diretrizes gerais do Sistema. Além disso, outras sugestões, abaixo listadas, devem ser implementadas:

- a) Exigir que a criação dos Conselhos de Saúde se dê por meio de Lei Federal, Estadual e ou Municipal, reservando-se aos Decretos apenas a regulamentação para o preenchimento da sua composição;
- b) Elaborar Lei complementar que vincule o repasse de recursos financeiros aos respectivos gestores para o funcionamento efetivo dos Conselhos de Saúde, de acordo com os dispositivos legais;
- c) Reformular a Resolução 33/92, do Conselho Nacional de Saúde, após discussão e acolhimento de sugestões dos Conselhos Estaduais de Saúde, que deverão buscar subsídios junto aos Conselhos Municipais de Saúde e à Plenária Nacional de Conselheiros, até junho de 2001.

7. Os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde indicaram a necessidade de padronizar os Regimentos Internos dos Conselhos, incluindo nos mesmos:

- a) A elaboração obrigatória de uma agenda mínima anual;
- b) A possibilidade de parceria com organizações não-governamentais, instituições de ensino públicas e privadas e outros órgãos técnicos governamentais (inclusive Tribunal de Contas) para garantir a formação/capacitação de conselheiros e as atividades de assessoria e fiscalização conjunta das ações de gerência e regulação do SUS;



- c) A obrigatoriedade da participação dos suplentes dos conselheiros nas reuniões ordinárias do conselho;
 - d) A definição de prazos para o Executivo homologar, publicar e executar as deliberações dos Conselhos, instituindo-se mecanismos de arbitragem de conflitos e a previsão de punições no que se refere aos repasses de recursos originados de transferências intergovernamentais;
 - e) A garantia da dispensa de ponto para todo trabalhador com representação nos Conselhos de Saúde, para que participe das atividades relativas ao controle social, tendo em vista a sua relevância pública.
8. O perfil dos conselheiros dos Conselhos de Saúde e o processo de escolha dos mesmos é apontado como tema relevante pela Conferência, entendido como instrumento necessário para garantir a maior legitimidade social e o pleno exercício do poder de Controle Social com autonomia. Para tal, é imperioso que a indicação de conselheiros dos segmentos de usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços seja realizada pelos segmentos/entidades aos quais os mesmos pertençam, evitando ingerências de qualquer espécie pelos gestores. O processo deverá ser comprovado em ata da reunião da entidade/plenária, com assinatura de todos os presentes. A Plenária Final da 11ª Conferência aprovou, igualmente, proposta clara vedando aos conselheiros representantes de trabalhadores e usuários o vínculo empregatício com o governo da mesma esfera de governo e/ou a ocupação concomitante de cargo de livre provimento ou



confiança no Poder Executivo, situação que os caracteriza como gestores.

9. Os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde enfatizam a necessidade de promover a capacitação dos conselheiros dos Conselhos de Saúde com o envolvimento dos órgãos gestores e das instituições formadoras de recursos humanos, principalmente no que se refere aos princípios e modelo de organização do SUS, com ênfase na importância dos mecanismos de Controle Social e na participação cidadã. Essa capacitação deve abranger todos os municípios do País, basear-se em instrumental pedagógico adequado (explorar problemas concretos), utilizar como meios a TV Educativa, instrumentos de educação a distância, entre outros), tendo a sua viabilidade garantida pelos gestores do SUS das três esferas de governo, por meio de recursos dos Fundos de Saúde.

10. Deve ser estimulada a presença, nos cursos de capacitação de conselheiros e usuários do SUS, de lideranças sociais, trabalhadores de saúde e gestores, para discutirem e deliberarem sobre a complexidade dos problemas do SUS, incluindo nesses esforços o tema da Política Pública Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. A capacitação de conselheiros deve ser renovada pelo menos a cada dois anos, superando as rupturas causadas pela troca freqüente de representantes, sendo ideal um programa de educação permanente integrado às atividades desenvolvidas pelos próprios Conselhos de Saúde. Além disso, os delegados presentes à Plenária Final da 11ª Conferência aprovaram as



seguintes recomendações em relação a este tema:

- a) Articular a academia, os serviços de saúde, os Centros de Formação de RH das Secretarias de Saúde e os Pólos de Educação em Saúde para disponibilizarem, periodicamente, cursos de formação para conselheiros de saúde e usuários do SUS em geral, com inclusão de temas (princípios do SUS, seu papel na Atenção à Saúde) e específicos (orçamento, legislação, controle e avaliação, contratos e convênios, planejamento e programação de serviços, sistemas de informação, NOB, financiamento, encaminhamento de questões de caráter legal junto ao Ministério Público), garantindo a emergência de agentes sociais com formação crítica (política, ideológica e sociológica) no sentido da sua instituição como sujeitos de transformação da ideologia hegemônica;
 - b) Implementar Cursos de Capacitação de Conselheiros respeitando as características regionais e locais, mas orientados por calendário nacional unificado de formação dos conselheiros, pactuado pelas três esferas de governo.
11. A 11ª Conferência indica a necessidade de avaliar, periodicamente, o Controle Social por meio de levantamento anual *in loco* dos Conselhos Municipais de Saúde, realizado pelos Conselhos Estaduais de Saúde sob coordenação do Conselho Nacional e apoio do Ministério Público, contemplando a sua caracterização em termos da estrutura, funcionamento, composição e periodicidade de reuniões, com vistas a preservar a regularidade do



seu funcionamento, a identificação de experiências positivas e a troca de experiências.

12. A 11ª Conferência afirma a relevância da produção e divulgação de informações sobre o Controle Social pelos mais variados meios, conforme a realidade e possibilidades locais, indicando como estratégias possíveis e recomendáveis:

- a) Realizar um amplo trabalho de comunicação social patrocinado pelo Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, recorrendo às diferentes mídias, inclusive com a criação de sites na internet, a fim de valorizar e estimular a participação e o trabalho dos Conselhos;
- b) Promover campanha nacional de esclarecimento sobre o papel, as funções e as ações dos Conselhos de Saúde;
- c) Produzir materiais informativos que expliquem as obrigações e direitos dos conselheiros para usuários, prefeitos, secretários, promotores e juízes;
- d) Criar Salas de Situação (painéis com tabelas e gráficos apresentando a situação da Saúde no município ou estado), para garantir a divulgação à população dessas informações;
- e) Criar redes de informação e comunicação entre as várias instâncias do Controle Social;
- f) Produzir material sobre o papel do Conselho, atribuições, direitos dos usuários, a ser distribuído nas Unidades de Saúde;
- g) Divulgar sistematicamente, na área de abrangência dos Conselhos de Saúde Distritais e Municipais, o calendário das reuniões dos Conselhos, convidando a população a participar das mesmas;



- h) Divulgar amplamente as atas das reuniões dos Conselhos, inclusive pela internet.
13. Os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde indicam também a necessidade de fortalecer o papel de fiscalização dos conselhos, garantindo adequação dos meios disponíveis aos fins expressos no Plano de Saúde. Enfatiza-se a necessidade de que os Fundos de Saúde incluam todos os recursos utilizados para o financiamento das ações e serviços de saúde em cada esfera de governo, e não apenas os originados de transferências, apresentando prestação de contas trimestrais em audiências públicas no recinto das Câmaras Municipais e Assembléias Legislativas, sob responsabilidade do gestor do SUS em cada esfera de governo, conforme obrigam o Artigo 12 da Lei nº 8.689 de 27.07.93, e o Decreto Federal nº 1.651, Artigo 9º. Além disso, indica-se a necessidade de se incluir nas pautas das reuniões dos Conselhos de Saúde a informação sobre todo e qualquer repasse de verbas entre diferentes esferas de governo, assegurando à Comissão de Finanças do Conselho o acesso regular aos extratos bancários do Fundo de Saúde, para que os Conselhos tenham condições de exercer seu papel de controle e acompanhamento da execução orçamentária.
14. A Plenária da 11ª Conferência indica como condição básica para o adequado funcionamento dos Conselhos a garantia das condições físicas e técnicas ao seu funcionamento. Essa estrutura para o funcionamento dos Conselhos inclui espaço físico para a realização das reuniões e para a Secretaria do Conselho, equipamentos básicos como telefone,



fax, material de escritório e computador ligado à internet, permitindo a constituição de uma rede local acessível à população desde as unidades de saúde, funcionando a Sala do Conselho como uma central de atendimento ao usuário do SUS. Além disso, o Conselho deve ter lotação adequada de pessoal e dotação orçamentária específica no respectivo Fundo. Esse orçamento deve garantir as condições financeiras à participação de delegações de conselheiros nas Conferências Estaduais e Nacional de Saúde, e em cursos de capacitação, além da manutenção das atividades regulares do Conselho.

15. A 11ª Conferência indica a necessidade de avaliação da qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. A partir de instrumentos como a consulta periódica aos usuários sobre os procedimentos realizados pelos serviços próprios, contratados e conveniados, a avaliação deve ser aplicada pelos gestores municipais, estaduais e federal do SUS, em articulação com os Conselhos de Saúde e garantindo a supervisão de assessoria específica, idônea e recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde, procurando resultados apoiados no método científico.
16. O objetivo do fortalecimento dos Conselhos e Conferências deverá ser atendido pelo desencadeamento de amplo processo de mobilização popular para fazer cumprir as deliberações das instâncias de Controle Social do SUS, bem como estabelecer sanções e penalidades aos gestores públicos que, arbitrariamente, desacatarem a legislação do SUS e as deliberações dos Conselhos de Saúde, ou não respeitarem as diretrizes



aprovadas nas Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. A criação de mecanismos que estimulem os gestores a cumprir as deliberações dos Conselhos de Saúde, entre os quais incentivos aos sistemas com Controle Social consolidado, também foi apontada como necessidade para se ter bons resultados. Todo esforço para a efetivação das deliberações dos Conselhos, Conferências e o disposto na legislação do SUS deve ser envidado, superando o formalismo das leis que não são aplicadas e das decisões não implementadas, que desmoralizam as instituições encarregadas de preservá-las.

17. A 11ª Conferência Nacional de Saúde aprovou também propostas que visam a inclusão dos Conselhos no processo de planejamento e execução orçamentária da esfera de governo ao qual estão vinculados, reafirmando o caráter deliberativo de suas funções. Para concretizar tal objetivo, deve-se exigir que os Planos Municipais de Saúde, os Orçamentos Anuais, os Planos Plurianuais, os Planos de Investimento, as Políticas de Recursos Humanos, as Prestações de Contas e os Contratos/Convênios assumidos pelo gestor sejam discutidos e submetidos à apreciação dos Conselhos. Da mesma forma, deve-se recomendar aos Tribunais de Contas que as prestações de contas dos municípios referentes à Saúde só sejam aprovadas quando anexada uma certificação de prestação de contas expedida pelos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.



18. A necessidade de produção de instrumentos que consolidem a função dos Conselhos no processo de gestão da política de Saúde foi também reforçada durante a 11ª Conferência, garantindo, entre outras indicações, que o Plano de Saúde seja utilizado como instrumento orientador das ações e investimentos de cada esfera de governo, sendo incorporado pelo Conselho como elemento de avaliação de resultados e não apenas como instrumento burocrático e protocolar. Nesse sentido, o Plano de Saúde deve incorporar mecanismos de avaliação das ações de saúde a serem implementadas, buscando medir o impacto das mesmas nas condições de saúde e qualidade de vida da população, de forma participativa, garantindo o acompanhamento da sua execução e a avaliação dos resultados de forma democrática. Outras propostas para a concretização de tal objetivo foram igualmente aprovadas:

- a) Acompanhar regularmente, através dos Relatórios de Gestão, que o cumprimento das deliberações das Conferências ocorra até o término do mandato dos respectivos conselhos;
- b) Garantir que a ampliação da oferta de serviços pela contratação de serviços privados ou a terceirização de atividades seja obrigatoriamente discutida e aprovada pelos respectivos Conselhos, garantindo o cumprimento da NOB 1/96 e da IN 01/98 quanto à aprovação pelos Conselhos de Saúde dos contratos e convênios firmados pelas Secretarias de Saúde;
- c) Implementar a Programação Pactuada Integrada (PPI), com acompanhamento de sua execução pelos Conselhos de Saúde;



- d) Criar instrumentos de recepção, avaliação, encaminhamento e acompanhamento de denúncias, divulgando-os entre a população;
 - e) Garantir que os Conselhos de Saúde recebam os relatórios das auditorias realizadas em hospitais contratados e outros que recebam verbas do SUS;
 - f) Submeter aos Conselhos Estaduais de Saúde a avaliação dos pleitos de habilitação à gestão dos municípios.
19. A Plenária da Conferência indicou, também, formas de estimular e garantir a articulação entre Conselhos e Conselheiros, tanto horizontal como verticalmente, visando à troca de experiências, superação de conflitos e cooperação técnica. Para tal, reforça-se a necessidade de realização trimestral da Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde, precedida por Plenárias Estaduais e Regionais de Conselheiros. Indica-se, igualmente, a necessidade de criação de uma rede de comunicação ágil entre Conselhos Municipais de Saúde, articulada com os Conselhos Estaduais e Nacional de Saúde, garantindo atualidade nas informações recebidas pelos Conselhos. A Plenária também aprovou proposta de apoio à criação de fórum de entidades dirigido à participação popular e ampliação da mobilização social em defesa do SUS, e a ampliação de mecanismos de intercâmbio entre escolas, universidades e Conselhos/Conselheiros de Saúde.
20. Várias indicações para aperfeiçoar o processo de escolha da direção e outras funções dos conselhos foram debatidos e aprovados na Plenária Final da Conferência, destacando-se as abaixo listadas:



- a) Criar uma coordenação colegiada com a função de dirigir as atividades dos Conselhos, composta por representantes de todos os segmentos, respeitada a paridade, a partir de eleição democrática entre seus membros;
- b) Vedar aos Secretários Municipais, Estaduais e o Ministro da Saúde a propriedade/sociedade em estabelecimentos de saúde sob sua gestão;
- c) As funções de Secretário do Conselho, ouvidor, e a Presidência do Conselho devem ser definidas através de eleição, no Conselho de Saúde. Todos os Conselhos de Saúde devem eleger sua Presidência democraticamente entre seus membros. Esse processo poderia ser consolidado com o encaminhamento de Projeto de Lei ao Congresso Nacional regulamentando tal ato de forma clara, inclusive com a explicitação de todos os detalhes operacionais para efetivação dessa exigência democrática em todos os Conselhos do País;
- d) Garantir que a Conferência Nacional de Saúde seja o fórum de deliberação para eleição das entidades para composição do Conselho Nacional de Saúde, levando em consideração o nível de representatividade das referidas entidades.

21. Os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde indicaram um variado conjunto de propostas para aperfeiçoar o funcionamento dos Conselhos e Conferências de Saúde. A sua análise torna clara a necessidade de estruturar de forma mais funcional e operativa os Conselhos de Saúde, superando a forma usual de funcionamento centrada em reuniões sem qualquer instrução prévia que habilite os conselheiros a discutirem e deliberarem adequadamente sobre



os temas pautados para discussão. Para tal, foram aprovados os seguintes tópicos:

- a) Estimular a formação de Comissões Temáticas Permanentes, como forma de ampliar e fortalecer a participação da população nos Conselhos, garantindo suporte técnico por parte dos gestores;
- b) Criar Câmaras Técnicas para subsidiar o papel fiscalizador dos Conselhos sobre programas tais como o PACS/PSF e Saúde do Trabalhador;
- c) Assegurar aos Conselhos condições para a contratação de assessores específicos nas áreas jurídica, de orçamento e finanças, capazes de possibilitar uma orientação permanente nas questões correlatas;
- d) Assegurar aos Conselhos o poder de solicitar auditorias relacionadas com o funcionamento das diversas instâncias do SUS, sendo os resultados das mesmas publicados em Diário Oficial com recomendações e ajustes que, se não cumpridos, deverão ser encaminhados ao Ministério Público;
- e) Reafirmar o poder deliberativo e de fiscalização dos Conselhos, não de execução e/ou administração;
- f) Tornar obrigatória a apreciação pelo Conselho de Saúde das indicações para a direção das unidades públicas de saúde, tendo como um dos critérios de indicações a especialização em administração hospitalar ou Saúde Pública;
- g) Criar condições para que os conselheiros de saúde façam discussões com as comunidades sobre as questões de saúde, SUS e políticas públicas;
- h) Garantir que as deliberações dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde sejam



publicadas em veículos de comunicação oficial e de massa no prazo de 72 horas após as respectivas reuniões;

- i) Descentralizar as reuniões dos Conselhos de Saúde, realizando-as de forma itinerante.

22. Com relação ao funcionamento das Conferências Nacionais de Saúde e suas etapas municipais e estaduais, a Conferência assinalou vários tópicos sobre a necessidade de incluir as Conferências em um processo político-administrativo sistemático que estabeleça o espaço das Conferências como locais privilegiados de avaliação das políticas implementadas no período que as antecedeu, e de levantamento de tendências para a reformulação de novas políticas e programas. Entre os itens que tratam dessa questão, chama a atenção a busca de um modelo que resgate as deliberações tomadas em momentos anteriores e a prestação de contas dos gestores em relação ao seu cumprimento, cristalizadas na recomendação de que os relatórios da Conferência anterior e os relatórios de gestão sejam incluídos como material de trabalho para os delegados às mesmas. Da mesma forma, fica clara a procura de uma forma mais eficiente de uso para o debate ampliado oferecido pelas Conferências, indicada em propostas que sugerem a utilização de documentos preliminares de políticas, como os Planos de Saúde, na qualidade de conteúdos condutores dos debates que se encerrarão na aprovação do Plano para o próximo período. Além disso, propostas mais específicas foram aprovadas e são apresentadas a seguir:



- a) Fazer cumprir as deliberações da 11ª Conferência Nacional de Saúde que definem a formação de conselhos gestores em todas as unidades de saúde, com o objetivo de alcançar compromissos dos profissionais e fortalecer o controle social;
 - b) Recomenda-se que, para a próxima Conferência Nacional de Saúde, seja disponibilizado para discussão o Plano Nacional de Saúde;
 - c) Garantir que a Conferência Nacional de Saúde construa e aprove as diretrizes de um Plano Nacional de Saúde, que estabeleça estratégias e metas em Saúde para o País;
 - d) Resgatar as propostas das Conferências de Saúde já realizadas, encaminhando-as aos Conselhos para que as transformem em deliberações para cumprimento dos gestores;
 - e) Estabelecer, em relação à 11ª CNS, a criação de uma comissão para monitoramento do cumprimento de suas deliberações, assim como a inclusão das mesmas nos Planos de Saúde, e a sua devida divulgação, para estimular a participação das comunidades em relação aos projetos que as beneficiem.
23. Em relação ao perfil dos delegados nas Conferências de Saúde, a Plenária enfatizou a necessidade de garantir que a paridade dos delegados nas Conferências Nacionais seja 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores e prestadores, em atendimento às resoluções do CNS e às deliberações das Conferências anteriores.



24. Um extenso rol de propostas de aproximação e cooperação entre os órgãos de gestão do SUS com os poderes Legislativo, Judiciário e o Ministério Público parece indicar a necessidade de que o atual clima de conflito entre esses poderes transforme-se, gradualmente, em alavanca para o aperfeiçoamento dos serviços e concretização dos princípios do SUS no cotidiano dos usuários e trabalhadores de saúde. Para tal, a busca do diálogo permanente com os poderes Legislativo/Judiciário e a população, ampliando o compromisso dos mesmos com princípios comuns que garantam o acesso, a qualidade e a humanização da atenção à Saúde, parece ser fundamental. A aproximação dos Conselhos de Saúde com o Ministério Público, hoje com atuação inquisidora e punitiva, produziria parceria mais construtiva e orientadora, fortalecendo a gestão do Sistema e não se superpondo aos órgãos executivos do SUS. Para tal, pode ser útil o encaminhamento ao MP dos Regimentos Internos dos Conselhos de Saúde da sua jurisdição, bem como regularmente, das deliberações aprovadas pelos Conselhos e pelas Conferências de Saúde. Entretanto, o desnível hoje existente entre o arcabouço legal do Sistema, as condições de implementação do SUS e o padrão de conhecimento dos mesmos pelos membros dos demais poderes acima citados exige que se promova, imediatamente, uma formação mais sistemática e qualificada de promotores, procuradores, juizes e técnicos do Poder Judiciário com o tema do SUS, para que estes reajam melhor às demandas dos Conselhos de Saúde e dos usuários do Sistema. Tal formação poderá facilitar o Ministério Público



a se apropriar do conceito de relevância pública conferido à Saúde pela Constituição de 1988.

25. Da mesma forma, em relação às Promotorias de Justiça e aos Tribunais de Contas, o encaminhamento rotineiro dos Planos de Saúde e dos Relatórios de Gestão a estes órgãos, em cada esfera de governo, deve-se constituir em atitude de aproximação com resultados de cooperação mútua do SUS com o MP, Justiça e Legislativo. Outra recomendação positiva em relação ao Ministério Público é a de convidar os seus membros para participarem das reuniões ordinárias dos Conselhos de Saúde; e, quando necessário, realizar reuniões conjuntas para tratar de questões específicas de interesse do MP e Conselhos, incluindo convite aos promotores para visitarem a unidades e serviços de saúde. Ações desse tipo são indicadas para fazer avançar as relações do SUS com esses parceiros, criando, por exemplo, protocolos acordados entre gestores, Ministério Público e Judiciário; limitando a abrangência de sentenças que obriguem o gestor, *sub judice*, a cobrir alto custo de medicamentos e terapias sem eficácia comprovada. Da mesma forma, o Ministério Público pode-se constituir em indutor da regularidade da organização, composição e funcionamento dos Conselhos de Saúde, a partir da sua ação fiscalizadora. Outras propostas aprovadas pela Plenária Final da 11ª Conferência e abaixo apresentadas mostram a importância e abrangência conferida ao tema das relações do SUS com o MP, Poder Judiciário e Legislativo:



- a) Instituir ou nomear um promotor responsável pelo tema saúde junto ao MP Estadual ou Promotorias de saúde ou de Cidadania, com a função, entre outras, de atender às demandas dos Conselhos de Saúde e outros conselhos vinculados à execução de políticas públicas (Educação, Segurança);
- b) Criar permanente mecanismo de comunicação entre Conselho e Ministério Público, inclusive com política de acolhimento ao promotor/magistrados recém-chegados, no sentido de sensibilizá-los para as questões locais;
- c) Exigir dos gestores, através do Ministério Público, o preenchimento do SIOPS, que dá visibilidade financeira à gestão municipal e estadual, instituindo ação civil pública no caso de resistência ao mesmo;
- d) Capacitar a Promotoria de Justiça, através do promotor da área da cidadania;
- e) Promover a formação dos membros do Ministério Público sobre as questões relacionadas à Saúde Pública e os princípios e diretrizes legais do SUS, enfatizando a legitimidade e representatividade dos Conselhos de Saúde na deliberação da política de saúde em cada esfera de governo;
- f) Criar instrumentos que garantam a continuidade da atenção integral aos serviços de saúde alvos de denúncias de usuários às ouvidorias e ao Ministério Público;
- g) Fortalecer os Conselhos de Saúde para que atuem sobre os problemas de gestão da Saúde, constituindo-se no primeiro instrumento de recepção de denúncias do cidadão, de forma que o Ministério Público seja a última instância a



- ser acionada. Estimular o Ministério Público, em contrapartida, a ter os Conselhos de Saúde, nos diversos níveis, como “portas de entrada” para o encaminhamento de suas ações na área da Saúde;
- h) Organizar uma “cartilha” de apresentação dos Conselhos de Saúde à população, apontando possibilidades de ações conjuntas e estratégias de acesso ao Poder Judiciário, desenvolvendo um fluxo “População/Conselhos/Ministério Público”, de forma a fortalecer o Controle Social. Essa “cartilha” será organizada pelos Conselhos de Saúde, em conjunto com o Ministério Público, e deverá ter como eixo a garantia dos direitos da cidadania, com ampla divulgação;
 - i) Garantir a efetiva implantação das deliberações dos Conselhos por meio de articulação com os Poderes Judiciário e Legislativo, principalmente via denúncias ao Ministério Público, após esgotados todos os recursos possíveis junto ao gestor, sempre que forem descumpridas as deliberações dos Conselhos e pela rápida apuração das denúncias efetuadas pelos Conselheiros;
 - j) Orientar os Conselhos de Saúde a cobrarem a implementação das deliberações das Conferências de Saúde, utilizando, se necessário, o MP;
 - k) Promover reuniões trimestrais dos Conselhos de Saúde com o Ministério Público e Judiciário em cada esfera de governo, para discutir as questões fundamentais do Sistema de Saúde e a avaliação do processo de implantação do Sistema;
 - l) Criar fórum de acompanhamento dos trabalhos legislativos de interesse para a saúde, no âmbito dos Conselhos de Saúde.



26. A Plenária da 11ª Conferência Nacional de Saúde, igualmente, aprovou a convocação de conferências específicas sobre temas de interesse da população usuária do SUS:
- a) Garantir que o Ministério da Saúde realize, no prazo de 180 dias, a Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, precedida das respectivas conferências estaduais e municipais, que deverá apresentar uma proposta de Política Nacional de Assistência Farmacêutica integrada aos princípios do SUS e em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos do MS (Portaria 3.916 de 30/10/1999);
 - b) Convocar, imediatamente, a 3ª Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador, para realização no segundo semestre de 2001;
 - c) Convocar e realizar, em 2001, a Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, conforme deliberado da 10ª Conferência Nacional de Saúde;
 - d) Convocar e realizar, em 2001, a 3ª Conferência Nacional de Recursos Humanos;
 - e) Determinar a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental para o 2º semestre de 2001;
 - f) Convocar e realizar, em 2001, a Conferência Nacional de Saúde Bucal;
 - g) Convocar e realizar, em 2001, a III Conferência Nacional da População Negra.
27. Criar condições que visem ampliar a participação das mulheres nas diferentes instâncias de Controle Social, incluindo, para este fim, investimento na



capacitação de mulheres para o exercício desse direito e a criação de Comissões Intersetoriais de Saúde da Mulher no âmbito estadual.

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

28. Os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde enfatizam a necessidade de resgatar o conceito de seguridade social, integrando as políticas da área e destinando recursos de todas as contribuições sociais para a área da saúde, recomendando o aumento de recursos para a Saúde no mínimo em R\$ 32 bilhões, para atender a todos os aspectos de atenção à Saúde Pública, valor este calculado tendo como base o crescente aumento nas arrecadações federais que não foi repassado para os orçamentos sociais, que evidencia não ser necessária a criação de novos impostos destinados ao financiamento da Saúde. Apontam, ainda, que recursos adicionais poderão ser obtidos por meio da renegociação das dívidas dos municípios para com a União, com o direcionamento de parcela desses valores para o município com destinação específica para a Saúde. Esse montante permitirá combater o sucateamento do SUS, proporcionado pelo aporte insuficiente de recursos decorrente do projeto neoliberal do Governo FHC. Para assegurar o aporte adequado de recursos para o SUS e a maximização dos resultados de sua aplicação, propõem:



- a) Garantir a efetividade da aplicação da EC 29/00, reforçando a importância de entendê-la como referência mínima, buscar a elaboração de lei que projetará a EC 29/00 para o período posterior a 2004; e ainda
 - b) Garantir a imediata regulamentação da EC29/00, especialmente quanto à definição clara dos conceitos de gastos em ações e serviços públicos de saúde; à definição dos critérios de repasse; à exclusão de pagamentos de dívidas; não-inclusão dos repasses da União nos percentuais de estados e municípios e não-inclusão das transferências dos estados nos percentuais dos municípios. Reivindicar a imediata aplicação dos percentuais previstos para o ano 2004, sem o escalonamento autorizado pela EC 29/00;
 - c) Garantir mecanismos de acompanhamento da sua aplicação e ampla divulgação dos percentuais e valores estabelecidos nos orçamentos das três esferas de governo;
 - d) Garantir que todos os recursos estejam alocados nos fundos de saúde, com acompanhamento dos respectivos Conselhos de Saúde.
29. Propõem adotar o orçamento participativo em todas as esferas de governo, entendendo o mesmo como instrumento para a garantia da transparência e equidade na alocação dos recursos públicos, definindo e orientando padrões de gastos e gerenciamento compatíveis com o volume de recursos disponíveis. As propostas orçamentárias, as leis de diretrizes orçamentárias e os planos



plurianuais de investimento, com esse mesmo intuito, devem ser aprovados previamente pelos Conselhos para posterior encaminhamento ao Poder Legislativo.

30. Elaborar Planos de Saúde e Planos de Investimentos, em todos os níveis da administração, bem articulados e concebidos, que permitam uma melhor execução dos recursos. A elaboração dos planos e dos orçamentos e o dimensionamento dos montantes de recursos devem resultar de definição anual de macroprioridades da Saúde, em cada nível de governo, orientadas por critérios técnicos e epidemiológicos e por decisões dos Conselhos de Saúde. A gestão municipal deve ser fortalecida com gestão única, tendo o município a responsabilidade pelo acesso aos serviços. A PPI deve resultar da articulação e consolidação dos planos, garantindo o financiamento de todos os níveis de atenção, inclusive dos serviços de média e alta complexidade, assegurando a integralidade da atenção. Devem ser garantidos financiamentos suficientes para núcleos regionais específicos, incentivos à fitoterapia e à priorização dos medicamentos genéricos de qualidade comprovada, serviços substitutivos de Atenção à Saúde Mental, à Saúde do Trabalhador, à Educação Ambiental, ao Saneamento, à Saúde Bucal; diagnóstico e tratamento da anemia falciforme, hanseníase, órteses e próteses; medicamentos básicos e excepcionais para DST/aids; e ampliação e qualificação das ações de Saúde do Idoso. Mecanismos de regionalização e de referência, câmaras de compensação e consórcios municipais devem ser contemplados na elaboração da PPI. Emendas parlamentares ao orçamento da União



e dos estados devem ser compatíveis com as prioridades incluídas nos respectivos Planos de Saúde.

31. Criar mecanismos legais para ampliar e garantir um maior controle sobre o Fundo Municipal de Saúde por parte da comunidade, através do Conselho Municipal de Saúde, incluindo a deliberação sobre os planos de aplicação de recursos financeiros, convênios e contratos de prestação de serviços, os quais devem estar em consonância com o Plano de Saúde, ou sofrerem avaliação que leve em conta necessidade e custo. Recomendam, para assegurar condições desse controle, a definição de padrões de referência para avaliar gastos com recursos humanos, contratação de serviços, material de consumo, investimento; a criação de modelo nacional de planilha simplificada sobre planos de aplicação e prestações de contas, em linguagem acessível; e a divulgação periódica, pela imprensa, de informações detalhadas sobre a execução orçamentária na área de Saúde, bem como os resultados das auditorias das contas públicas, nos três níveis de gestão em Saúde. Devem ser utilizados como parâmetros para o acompanhamento e avaliação da previsão e da execução orçamentária, indicadores como nível de cobertura, impacto alcançado, eficácia e efetividade. Deve-se, ainda, verificar se houve cumprimento das metas e objetivos propostos, e melhoria da qualidade dos serviços.
32. Estabelecer mecanismos de financiamento, com acordos de cooperação entre países limítrofes com o Brasil, assegurando recursos adequados para



a atenção básica em municípios localizados nas regiões de fronteira, considerando especificidades como: extensão da fronteira, população abrangida, assim como a garantia de mecanismos de referência e contra-referência para acesso da população à atenção de média e alta complexidade.

33. Recomendar que o tema da economia da saúde e do financiamento seja parte da Agenda Política de debates e deliberações dos Conselhos de Saúde, compondo comissões de trabalho e capacitando os conselheiros para desenvolverem este debate de forma aprofundada e sustentada, iniciando, desde logo, os trabalhos para a expressão em Lei da Emenda Constitucional 29/00 (prevista para até 2004).

FONTES COMPLEMENTARES

34. A definição de recursos para o Sistema de Saúde deve, ainda, considerar as seguintes recomendações, com vistas à ampliação dos mesmos:
 - a) Definir como fonte de financiamento complementar aos Fundos de Saúde 50% de multas de trabalho, taxas e multas da Vigilância Sanitária, venda de bebidas alcoólicas, agrotóxicos e cigarros e 1% sobre Imposto de Renda, sendo que este percentual não deve ser incorporado ao percentual de repasse obrigatório pela União aos estados e municípios;
 - b) Garantir que 10% do valor do ICMS arrecadado por empresas de saneamento básico sejam destinados às Secretarias Estaduais de Saúde,



- para investimento em vigilância sanitária e epidemiológica; e, ainda, que nos contratos do poder público com prestadores de serviços na área de saneamento básico seja prevista uma porcentagem da arrecadação da empresa, destinada à expansão, ampliação e melhoria do saneamento básico;
- c) Garantir que parcela do Seguro de Acidente de Trabalho seja destinada ao financiamento da organização das ações de atenção básica, média e alta complexidade em Saúde do Trabalhador, no âmbito do SUS;
 - d) Considerar os recursos arrecadados para o Seguro Obrigatório de Veículos (DPVAT), Transporte de Cargas e Passageiros e Pedágios como recursos cobrados em prol de atendimento de acidentes e urgências em geral, com retenção do recurso na fonte de arrecadação, aplicando-os no financiamento de serviços de urgência e emergência e de fisioterapia e reabilitação, nos locais que prestam serviços de atendimento a esses pacientes, mediante pacto entre os gestores de saúde da região. No caso do DPVAT, reter nos municípios de arrecadação os 50% dos recursos que são de repasse direto para a Saúde, com destinação específica em atividades de atenção a acidentados e de educação para o trânsito;
 - e) Implementar a legislação vigente referente ao ressarcimento do SUS pelo atendimento aos usuários dos planos e seguros privados de saúde, não só na atenção hospitalar como na alta complexidade em geral, com mecanismos ágeis de recebimento, assegurando a destinação da totalidade dos



recursos oriundos do ressarcimento para os Fundos Municipais de Saúde, sem prejuízo da universalidade e da integralidade no atendimento.

CRITÉRIOS PARA REPASSE DE RECURSOS FEDERAIS E O PAPEL REDISTRIBUTIVO DOS GOVERNOS FEDERAL E ESTADUAL, NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

35. Os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde reafirmam que, para garantia dos princípios de Descentralização, Integralidade e Controle Social, com autonomia dos entes federados, os recursos deverão ser repassados Fundo a Fundo, tanto da União para estados e municípios, como dos estados para os municípios, determinando que a divisão do volume de recursos seja feita não apenas pelo critério *per capita*, que não garante a produção da equidade, mas por intermédio da aplicação do art. 35 da Lei 8.080/90, que determina a adoção de critérios que contemplem perfil demográfico, perfil epidemiológico, características da rede de saúde, desempenho técnico e financeiro, níveis de participação do setor Saúde nos orçamentos, plano de investimentos da rede e ressarcimento de atendimentos para outras esferas de governo. Esses recursos deverão ser alocados nos Fundos de Saúde e sua utilização será feita, conforme deliberado pelo respectivo Conselho, em acordo com os Planos de Saúde, levando em conta as peculiaridades, problemas e necessidades da população de cada local e região. Para a regulamentação dos critérios de divisão dos



recursos, que deverão ser pactuados pelos gestores anualmente, e aprovados pelos Conselhos de Saúde, deverá ser levada em conta a cobertura de atenção básica, a cobertura por agentes comunitários, Saúde da Família ou similares; ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental; política de atenção aos agravos de maior prevalência, doenças crônico-degenerativas, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, da Criança e do Adolescente, DST/aids, atenção integral à Saúde da Mulher, combate às carências nutricionais, Política de Assistência Farmacêutica; áreas de assentamento rural, regiões turísticas, fluxo de populações flutuantes, áreas indígenas, amazônicas e pantaneiras, localidades de difícil acesso, áreas de fronteira interestadual; implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); projetos e programas de informação, educação e comunicação; e outros critérios e prioridades a serem aprovados pelos Conselhos. Para o cálculo da necessidade de recursos, deverão ser utilizados critérios parametrizados de necessidade e custo das ações e serviços, e não a média histórica de produção de serviços.

36. O alcance desses objetivos, implica ainda:

- a) Acabar com a institucionalização de recursos vinculados a programas (PACS, PSF, TC) bem como com a programação por oferta, pois entende-se que a alocação de recursos deve seguir um planejamento global de ações baseadas em necessidades, definidas a partir do nível local, respeitadas as necessidades e peculiaridades loco-regionais;



- b) Extinguir o Fundo das Ações Estratégicas (FAEC), repassando recursos fundo a fundo;
- c) Superar a forma convenial de transferência dos recursos de saneamento, hoje repassados pela FUNASA, incorporando-os ao teto dos municípios com repasse regular e automático, Fundo a Fundo;
- d) Instituir mecanismos de repasse regulares e sistemáticos dos Tesouros Estaduais para os municípios, com estabelecimento de duodécimos e calendários de repasse;
- e) Estabelecer o teto financeiro dos municípios interessados em avançar para a Gestão Plena do Sistema a partir da reformulação do Plano Municipal de Saúde, onde deverão estar previstos os novos compromissos a serem assumidos pelo gestor (implementação de serviços), não considerando apenas a série histórica do FAE e os tetos do PAB;
- f) Prever dotação orçamentária para os municípios tratarem da reposição gradativa de pessoal em exercício no município e com vínculos empregatícios com outras esferas de governo;
- g) Implementar o índice de valorização dos resultados, garantido na NOB-96, com repasse automático aos municípios que apresentarem indicadores de saúde compatíveis com os estabelecidos;
- h) Exigir dos municípios e estados a implantação e disponibilização pública do Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), condicionando a transferência dos recursos federais à apresentação dos dados requeridos pelo Sistema;
- i) Aperfeiçoar os instrumentos de informação dirigidos aos estados e municípios sobre recursos financeiros, incluindo orientação sobre como obtê-los e informação aos Conselhos Municipal e Estadual



- de saúde sobre o valor dos recursos repassados às respectivas unidades federadas;
- j) Garantir o princípio do comando único em cada esfera de governo, inclusive universalizando o acesso aos hospitais das Forças Armadas e incluindo seus orçamentos na peça orçamentária do setor Saúde.

ALOCAÇÃO DE RECURSOS PARA ASSEGURAR A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E A QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

37. Os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde consideram que, para assegurar condições adequadas à reorganização do modelo de atenção, é indispensável superar a lógica ainda predominante que não contempla a integralidade da atenção e privilegia ora ações curativas, ora apenas a atenção básica. Consideram fundamental, também, o fortalecimento da rede pública para a provisão de ações e serviços de saúde. Para o alcance desses objetivos, propõem:
- a) Definir melhor critérios, indicadores e metas que orientem a alocação de recursos para ações de atenção básica, prevenção, proteção e promoção da Saúde, melhorando a articulação entre programas e projetos e avaliando a eficácia de programas que consomem recursos consideráveis e são de baixa resolutividade, como o programa de prevenção do *Aedes aegypti* que, além de não



- solucionar a ocorrência da dengue, contamina o ambiente e tira a potabilidade das águas para consumo humano;
- b) Aprovar no CNS resolução que determine ao Ministério da Saúde a inclusão no Plano Nacional de Saúde da previsão de aplicação de recursos para a expansão de rede pública da média e alta complexidade, estabelecendo percentuais decrescentes de compra de serviços privados para os próximos quatro anos, até atingir o máximo de 20% dos recursos do SUS. No mesmo sentido, recomendam priorizar investimentos nos Hospitais Públicos, para melhorar a sua resolutividade e reduzir a dependência do SUS em relação à rede complementar, privada e filantrópica, de alto custo, com ênfase em projetos em andamento que se encontram paralisados por falta de liberação de recursos. Recomendam ainda que seja garantido financiamento adequado para os Hospitais Universitários e vedado o repasse de recursos públicos para entes privatizados de fato, como as organizações sociais;
 - c) Assegurar a destinação dos recursos financeiros – oriundos da arrecadação por ações de vigilância sanitária, como taxas sanitárias, multas, incentivo à Vigilância Sanitária etc. – , ao Fundo Municipal de Saúde, para garantir a execução plena de ações preventivas e de vigilância respeitando as necessidades básicas da comunidade; e priorizar ações da vigilância sanitária em locais de trabalho;
 - d) Aplicar, adicionalmente, na área da Saúde, recursos originários de setores que se relacionam com ela, para fins de promoção, prevenção e recuperação



- da saúde, bem como destinar o ICMS arrecadado com a venda de cigarros e bebidas à área de Saúde Mental;
- e) Garantir financiamento para medicamentos de alto custo e para atendimento ambulatorial de órtese/prótese, reabilitação, ortopedia, oftalmologia, dificuldades auditivas, ostomia e oxigenoterapia domiciliar, sem prejuízo dos demais serviços do SUS;
 - f) Afirmar que o SUS deve garantir a oferta de medicamentos essenciais e básicos, de acordo com a Política Nacional de Medicamentos, em especial a RENAME, obrigando estados e municípios a executarem essa Política com os recursos disponíveis. Por essa razão, decidem repudiar o Projeto de Lei do Senado nº 557/1999 que obriga os municípios a fazerem o ressarcimento dos usuários que não obtêm seus medicamentos na rede local.

MECANISMOS E FORMAS DE REMUNERAÇÃO DE PRESTADORES PARA GARANTIR ACESSO, QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

- 38. Adotar mecanismos para reversão da lógica de pagamento por procedimentos e, até a implementação plenadesses mecanismos, manter como responsabilidade da União a definição, após a pactuação com os demais gestores e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, de uma tabela para remuneração de ações e serviços. Essa tabela terá por base os custos reais dos



serviços, priorizando as ações de média complexidade e garantindo o repasse de recursos federais para os estados e municípios, para custeio das ações ofertadas e necessárias, e a ampliação da oferta e atendimento das demandas reprimidas. Os atuais valores das Tabelas de procedimentos devem sofrer reajustes seletivos para a sua recomposição, principalmente em relação aos procedimentos de pequena e média complexidade. Os novos mecanismos desenvolvidos devem observar as seguintes considerações:

- a) A remuneração dos prestadores de serviços deve estar subordinada a indicadores quantitativos e qualitativos da Organização Mundial de Saúde e de outras organizações reconhecidas, de acordo com os Planos de Saúde aprovados pelos Conselhos Municipais;
- b) Os orçamentos públicos para a saúde devem ser dimensionados segundo as necessidades em saúde da população, com valores suficientes para o pagamento dos prestadores, de acordo com as suas responsabilidades contratualizadas, englobando a oferta de serviços e o impacto nos indicadores de saúde;
- c) Os serviços privados contratados ou conveniados devem ter atribuídos pelas ações realizadas pelo SUS, como limite máximo, os mesmos valores utilizados para a remuneração dos prestadores públicos;
- d) Devem ser estudadas formas alternativas de financiamento de serviços de saúde hospitalares, tal como a orçamentação integrada, definida com participação dos usuários e considerando os custos dos procedimentos que devem ser



- realizados, em substituição ao pagamento pelo faturamento no SIH/SUS;
- e) Proceder à contratualização dos prestadores, com o estabelecimento de metas de responsabilidade assistencial, cobertura populacional por determinados serviços e indicadores de qualidade, prevendo incentivos de qualidade e a aprovação de relatórios mensais pelos Conselhos de Saúde;
 - f) Aprimorar as formas de controle, avaliação e auditoria dos serviços privados conveniados e contratados. Criar mecanismos de avaliação permanente dos contratos e convênios;
 - g) Exigir maior transparência na elaboração dos contratos com os prestadores e no seu acompanhamento, com efetivo Controle Social por meio dos Conselhos de Saúde e de instrumentos de avaliação pela própria população;
 - h) Incluir as ações de Enfermagem na Tabela SUS, por sua importância e crescente presença na redes pública e privada de saúde.
39. Destacam a importância da divulgação, por parte dos gestores, das informações dos níveis de saúde e sobre a oferta de ações, serviços e custos para a sociedade, a fim de que essa disponha de maior poder para interferir na negociação de compra de ações e serviços, maior capacidade de participar do planejamento e avaliação e, conseqüentemente, contribuir para o aumento na qualidade da prestação de serviços e controle dos gastos.
40. Propõem criar formas de regulação da oferta e da distribuição de serviços de saúde, públicos e privados, de modo a evitar que a relação dos prestadores com o



SUS tenha como base não os interesses econômicos, mas o caráter de relevância pública das ações de saúde; e evitando que a capacidade instalada dos serviços acabe por induzir demandas e a utilização desnecessária de tecnologias. Propõem a realização de processo licitatório para compra de serviços.

41. Regular, nacionalmente, as formas de remuneração de prestadores privados, garantindo aplicação de sanções aos que cobram taxas e/ou restringem acesso aos usuários do SUS; e estabelecer mecanismo de gestão, fiscalização e controle social para coibir e punir as cobranças ilegais e restrições no acesso, estabelecendo sanções severas para os prestadores e profissionais envolvidos.
42. Garantir que os recursos de investimento aplicados na rede privada conveniada ou contratada, quando estritamente necessários, sejam executados por meio dos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde, e repassados na forma de comodatos e/ou cessões de uso, enquanto perdurar o vínculo SUS.

GESTÃO DE RECURSOS: ATENDENDO ÀS NECESSIDADES SOCIAIS E AVALIANDO RESULTADOS

43. Estabelecer mecanismos para criar uma compreensão de investimentos na área da Saúde como investimento social, que deve ter aporte financeiro suficiente em todos os níveis de complexidade da atenção, dimensionado a partir das necessidades sociais, epidemiológicas, sanitárias e dos resultados alcançados pelos serviços existentes, de modo a alcançar a equidade de acesso



e integralidade das ações. As ações e prioridades que orientarão a distribuição desses recursos devem ser definidas nos Planos de Saúde, elaborados de forma ascendente, com participação de todas as instâncias do SUS e agregando ações intersetoriais.

44. Utilizar, para dimensionar o volume de recursos necessários e para a PPI, critérios epidemiológicos, o índice de desenvolvimento humano (IDH), aspectos geográficos, o índice de desenvolvimento infantil (IDI) e as características regionais e outros critérios técnicos, de forma a assegurar melhores resultados em termos de acesso e garantia de qualidade. O financiamento deve estimular parcerias microrregionais, por meio da efetivação de processos de planejamento e com o estabelecimento de câmaras de compensação para procedimentos de média e alta complexidade.
45. Garantir a destinação de recursos específicos para pesquisas científicas dirigidas a problemas prioritários do SUS, incluindo critérios isonômicos para estados, municípios e escolas formadoras de recursos humanos.
46. Agilizar a implantação do Cartão SUS como um instrumento para efetivar a equidade, alocar a orientação de recursos e melhorar o controle financeiro.
47. Dotar os Fundos de Saúde de estrutura administrativa para garantir agilidade e controle sobre o uso dos recursos. Os Fundos devem elaborar relatórios contábeis e financeiros relacionados ao processo orçamentário, de forma padronizada pelo CNS,



com maior clareza de linguagem, veiculados de forma didática, que preservem o conteúdo e favoreçam uma maior compreensão e avaliação pelos Conselhos e pela população.

48. Garantir o monitoramento físico-financeiro, com fiscalização dos gastos da prestação de serviço contratado por meio de funções de avaliação e controle financeiro incorporadas a uma lógica de gestão participativa, e inclusão de indicadores de Processo e de Impacto da gestão financeira junto aos executores das ações.
49. Adotar um sistema de registro de preços dos processos de licitação nas esferas municipal, estadual e federal, com dados regionalizados e relativos à qualidade dos produtos, inclusive para a compra de medicamentos e materiais de consumo, de forma a permitir maior controle sobre os preços e a qualidade dos produtos adquiridos.
50. Implantar centro de custos nos serviços de saúde, para determinação dos custos reais dos serviços de saúde e das ações desenvolvidas nos diversos níveis de complexidade do Sistema, e estabelecer critérios técnicos para a distribuição de materiais e equipamentos para a rede, priorizando indicadores de qualidade, eficácia e eficiência.
51. Priorizar a implantação de farmácias populares públicas e a utilização de medicamentos genéricos, para racionalizar o gasto com esses insumos, além de investir em práticas terapêuticas alternativas e medicamentos naturais e alternativos.



52. Definir que os Secretários de Saúde sejam os efetivos ordenadores de despesas dos Fundos de Saúde, de acordo com a legislação do SUS, sob fiscalização do respectivo Conselho.
53. Garantir livre acesso dos conselheiros às contas bancárias referentes aos recursos financeiros dos programas de saúde e informar sistematicamente aos Conselhos de Saúde as compras, reformas e investimentos realizados no âmbito do SUS.
54. Determinar que a equipe de supervisão (AIH) elabore, mensalmente, relatório de perfil hospitalar dirigido à supervisão do financiamento e controle de gastos.
55. Incluir no início da programação das Conferências de Saúde a Prestação de Contas por parte dos gestores, em linguagem acessível e com avaliação de resultados.
56. Garantir o encaminhamento aos respectivos Conselhos, com prazos suficientes para análise e avaliação, de Planos de Aplicação compatíveis com os Planos de Saúde, e Relatórios de Gestão.

RELAÇÕES DE RESPONSABILIDADE ENTRE OS GESTORES DO SUS PARA A GARANTIA DO ACESSO, QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO

57. Garantir que as transferências de recursos financeiros do governo federal aos estados e municípios processem-se somente por meio de



repasses automáticos, Fundo a Fundo, a partir de Planos de Aplicação aprovados pelos respectivos Conselhos, e não por meio de repasses específicos para determinadas ações, a fim de garantir a autonomia dos municípios na utilização de recursos, conforme seus Planos de Saúde. Garantir maior autonomia na alocação de recursos e na gestão do sistema de saúde para estados e municípios, por meio de repasses “sem carimbo”, como na Municipalização Solidária do Rio Grande do Sul. Exigir que a União, estados e municípios aloquem a totalidade dos recursos de Saúde (próprios e de transferências) nos Fundos de Saúde respectivos, com acompanhamento e fiscalização do Conselho de Saúde, inclusive por meio eletrônico, segundo a Lei de Responsabilidade Fiscal.

58. Integrar os recursos repassados aos gestores estaduais e municipais, estabelecendo contratos de gestão com metas de organização da atenção, de responsabilidades de gestão e de resultados na saúde da população, garantindo autonomia no uso dos recursos, de acordo com as definições dos Conselhos de Saúde, unificando a prestação de contas e o controle externo do uso dos recursos, pelos Conselhos e Auditorias. Exigir o cumprimento dos Contratos de Gestão.
59. Garantir a organização regional na pactuação da PPI, buscando a equidade entre municípios de diferentes portes, bem como a referência e a contra-referência, respeitando a autonomia municipal e as especificidades dos municípios-polo.
60. Manter e fortalecer, como espaços de gestão pactuada, as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e a Comissão



Intergestores Tripartite (CIT), subordinando suas decisões à aprovação dos Conselhos de Saúde.

61. Garantir a implementação da PPI no máximo até 1º de março de 2001, incluindo definições sobre uma política regionalizada de equipamentos, para que os próprios municípios envolvidos definam suas necessidades de alta complexidade, garantindo o planejamento regional da oferta de serviços e de equipamentos de média e alta complexidade.
62. Garantir que a gestão pública dos recursos para a saúde extrapole a visão meramente contábil do processo, apropriando-se dos aspectos de economia e financiamento, em especial nas gestões plenas do Sistema.
63. Prever sanções pelo não cumprimento da lei, regulamentando a Emenda Constitucional 29/2000, definindo-se o que é gasto em Saúde, inclusive especificando os recursos destinados ao saneamento básico.
64. Definir recursos orçamentários suficientes para o saneamento básico, e que estes não sejam oriundos da Saúde. Recomendar aos governos a destinação de um maior volume de recursos para o saneamento, por meio de políticas e planos que atendam às necessidades de saúde, particular da Saúde Ambiental.
65. Garantir a inclusão no teto global dos municípios dos valores correspondentes aos procedimentos de



acompanhamento dos pacientes cadastrados em programas.

66. Implementar, com urgência, a Câmara de Compensação Nacional, para minimizar os desajustes entre os recursos de tetos financeiros e o volume de atendimentos realizados fora dos estados.
67. Realizar, por intermédio dos Conselhos de Saúde, levantamentos sobre os gestores denunciados por desvios de recursos de saúde, encaminhando, junto aos Conselhos e entidades, medidas de punição junto às Procuradorias, Ministério Público e Tribunais de Contas em todos os níveis, prevendo-se: (a) abstenção de punições aos estados e municípios que, no exercício da sua autonomia, avancem nas estratégias de implementação dos SUS; (b) implementação de mecanismos de punição ao MS, em casos de conivência e omissão, nas distorções identificadas nos processos de auditorias dos municípios; (c) instituição de penalidades à gestão municipal que não cumprir o artigo 12 da Lei 8.683; e o decreto federal nº 1.651, no seu artigo 3º.
68. Promover esforços para que deixem de existir “lobbies” junto ao MS para liberação e repasse de recursos, como também o atrelamento de grupos das entidades privadas que realizam *lobby*, na execução dos programas municipais.
69. Garantir a discussão das minutas de futuras Normas Operacionais Básicas (NOB) nas instâncias de Controle Social.



70. Garantir que o Ministério da Saúde financie extra-teto, projetos específicos para a incorporação de tecnologias condicionados à existência do nível anterior de complexidade devidamente implementado.
71. Recuperar o repasse do setor financeiro para os estados de Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Paraná, dado que estes estados tiveram seus tetos reduzidos por apresentarem maior capacidade resolutiva.
72. Solicitar do REFORSUS financiamento para implantação e conclusão das obras de hospitais públicos estaduais que, por falta de verbas, sofreram processo de descontinuidade. Garantir o credenciamento destes serviços no SUS.

MODELO ASSISTENCIAL E DE GESTÃO PARA GARANTIR ACESSO, QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE, COM CONTROLE SOCIAL

73. A partir da discussão realizada nesta Conferência Nacional de Saúde sobre a atenção de saúde e a gestão do SUS, os participantes destacam a prioridade que deve ser conferida à humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e à ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, ampliando o acolhimento das pessoas e a resolutividade de cada tratamento. A integralidade da atenção apareceu com força no debate dos grupos, evidenciando uma questão prática e imediata: o que a população exige do SUS é que ele seja capaz de atender aos problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade da



Saúde, e não apenas ser capaz de tratar das doenças e acometimentos graves com risco à vida.

74. Dada a leitura dos determinantes das condições de saúde da população, os participantes da 11ª CNS enfatizam a defesa de amplas propostas de políticas intersetoriais, incorporação de tecnologias estratégicas à qualidade de atenção à Saúde, formação do pessoal de saúde, formação dos gestores e formação dos Conselheiros de Saúde. A garantia de equidade e de acesso passa pelo conceito de regionalização da rede com amplas parcerias sociais e intergestores. A informação em Saúde desponta como um insumo fundamental ao planejamento e aperfeiçoamento das lutas por Saúde. A educação na área da Saúde nunca foi tão enfatizada, e não se trata mais de formar pessoal competente tecnicamente, mas que tenha vivido e refletido sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na atenção à Saúde, com Controle Social.
75. Os programas tradicionais de Saúde Pública ou as ações orientadas para segmentos específicos da população devem ser direcionados para o conceito de integralidade, defendendo-se o fortalecimento dos municípios na gestão de toda a política de Saúde, com a cooperação técnica, financeira e operacional dos estados e da União, efetivando as diretrizes do SUS.

DETERMINANTES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E PROBLEMAS PRIORITÁRIOS NO PAÍS

76. Os participantes da 11ª CNS reafirmam a necessidade de orientar as políticas públicas a partir da



compreensão da determinação social das condições de saúde, e consideram imperativo o cumprimento do art. 196 da Constituição Federal, que reconhece que as políticas econômicas e sociais devem visar a redução de riscos e agravos à saúde da população; e propõem, como medidas para alcançar esse objetivo:

- a) Revisar imediatamente a política econômica do governo, especialmente no que tange à redução das taxas de juros e ao pagamento da dívida (interna e externa), que deve ser submetida a auditoria cujo resultado pode levar à suspensão do pagamento com a destinação dos recursos à eliminação da pobreza e à defesa da vida do cidadão;
- b) Realizar mobilizações que denunciem a incompatibilidade do modelo econômico do governo federal, concentrador de renda e indutor do desemprego e da desigualdade social, com os princípios do SUS, visando torná-lo compatível com uma existência saudável, digna e feliz;
- c) Articular os vários setores e órgãos do governo, promovendo políticas integradas e privilegiando o financiamento das políticas sociais, de forma a potencializar a qualidade de vida da população, o que só poderá ser viabilizado com a mudança do modelo econômico. A intersetorialidade e a regionalização são fundamentais para superar a verticalização, desarticulação, fragmentação e pulverização das políticas sociais que melhoram a qualidade de vida das pessoas, e deve ser priorizada a articulação entre as políticas de educação, habitação, emprego e renda, saneamento básico



- e meio ambiente, imprescindíveis para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. A implementação de políticas intersetoriais deve ser realizada, em âmbito local, sob a concepção de municípios e ambientes saudáveis, com estratégias que estimulem a promoção da Saúde e organizem a atenção por meio da articulação, na ponta, das ações de vários órgãos de governo;
- d) Criar um Conselho Nacional Intersetorial que agregue as diferentes áreas de políticas públicas; e estabelecer, em todos os níveis de governo, intercâmbio permanente entre os diferentes conselhos existentes (saúde, idoso, meio ambiente, criança e adolescente, portadores de necessidades especiais etc.), como forma de promover a atuação intersetorial;
 - e) Combater a pobreza e a exclusão com a criação de programas de renda mínima e de geração de emprego e renda; implementação de políticas que estimulem empresas a se instalarem no interior do País, diminuindo a migração para as capitais e evitando assim a formação dos bolsões de pobreza; implementação de políticas de formação profissional permanente e do acesso à educação e a creches para os filhos dos trabalhadores e para a população excluída, com ensino público, gratuito e de qualidade; e ampliação de recursos financeiros para projetos de combate à fome e complementação alimentar a gestantes e desnutridos;
 - f) Realizar mudanças efetivas nas políticas agrícola e agrária, realizando uma reforma agrária que venha a fixar o homem ao campo com sustentabilidade,



substituindo o atual modelo de produção agrícola que utiliza agrotóxicos e produtos químicos de modo excessivo, para isso contando com: (a) a assessoria de equipes de saúde; (b) a realização de campanhas de esclarecimento, (c) o controle e o monitoramento, por legislação mais rígida; impedindo a comercialização e utilização, no País, de sementes e produtos geneticamente modificados, exigindo dos órgãos responsáveis a realização da inspeção obrigatória dos produtos de origem animal e seus derivados (carne, leite e derivados, mel, ovos etc.);

- g) Garantir políticas de Segurança Alimentar e Nutricional sustentáveis, por meio de políticas e ações de inclusão que gerem emprego e renda, e de produção, as quais deverão disponibilizar e garantir o acesso a alimentos em quantidade e qualidade adequadas, repudiando formas substitutivas dos mesmos e estratégias e programas assistencialistas. As políticas públicas devem ser orientadas para a eliminação do desequilíbrio existente, caracterizado pelo apoio à produção empresarial de alimentos no País e pela inexistência de programas de suporte à circulação e ao consumo de alimentos pela população em geral. A política de segurança alimentar e nutricional sustentável deve, ainda, considerar as necessidades de grupos específicos, como os celíacos, através de cestas básicas de produtos adequados, para que os mesmos tenham condições dignas de sobrevivência;
- h) Implementar uma Política Nacional de Saneamento que priorize ações de saneamento básico no âmbito dos municípios, apoiada pelos três níveis de governo, promovendo a integração entre os



- gestores, definindo o aumento dos recursos financeiros e a alocação de recursos com ênfase nas áreas de risco, levando em conta as diversidades regionais e locais, e pautada na vigilância ambiental e no combate à privatização dos recursos hídricos do País;
- i) Desenvolver estratégias que obriguem o cumprimento das Leis Ambientais, através de políticas de defesa de um meio ambiente saudável e de ações que impeçam a atuação de agressores, exigindo que os mesmos arquem com os custos de reparação dos prejuízos causados. Os governos devem controlar rigorosamente as indústrias poluentes e a comercialização e transporte de produtos químicos e tóxicos nocivos à Saúde dos cidadãos e do meio ambiente, com ações integradas da vigilância sanitária e dos órgãos da área de meio ambiente. Devem ser implantados, nos estados que detêm centros de Energia Nuclear, sistemas permanentes de fiscalização do destino final de seus dejetos. Deve haver regulamentação e cumprimento de normas sobre coleta, transporte, tratamento e destruição final de resíduos sólidos, em especial os hospitalares, tanto no setor privado quanto público, em todo o País; e deve ser assegurado pelo SUS, um atendimento de qualidade a todos os radioacidentados, inclusive aqueles que, posteriormente, venham a apresentar seqüelas decorrentes de acidente com césio - 137;
- j) Promover a adequada gestão de recursos hídricos, discutindo com a população o impacto econômico e social da construção de barragens e usinas, e inspecionando e controlando rigorosamente a



- abertura e perfuração de poços artesianos;
- k) Incluir nas políticas de saúde os aspectos ambientais, de saneamento e, particularmente, o da água em regiões críticas como o Nordeste. Garantir a destinação de recursos financeiros suficientes para o desenvolvimento de projetos de irrigação no sertão nordestino, que disponham de acompanhamento e Controle Social: Água é saúde!;
 - l) Articular as ações entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação na definição e implantação de programas na área de Saúde, tanto no que tange ao financiamento quanto na área de Recursos Humanos (formação e capacitação);
 - m) Rever e integrar as políticas sociais desenvolvidas atualmente para os idosos, população negra, carcerária, indígena, de órteses e próteses, de saúde mental, de saúde bucal, e estender as ações de assistência social aos portadores de deficiência física e patológica;
 - n) Requerer do Ministério da Previdência Social a ampliação e a consolidação do Controle Social segundo os princípios do SUS (Lei 8.080/90; e portaria do MS 3.120/98 (NOST));
 - o) Adaptar os meios de transportes que tenham concessão pública, para viabilizar a sua utilização pelos portadores de deficiência, colocando rampas e placas em braille;
 - p) Estimular as estratégias de Promoção da Saúde, aí incluídas as ações de prevenção, educação, recuperação e reabilitação, por meio de políticas intersetoriais, com vistas a aumentar a qualidade de vida e a autonomia dos cidadãos;



- q) Indicar que o MS faça gestão junto à Secretaria da Receita Federal, para facilitar a emissão do CPF, gratuitamente, aos usuários portadores de agravos à Saúde, por meio de portarias conjuntas;
- r) Considerar a violência um problema de Saúde Pública e enfrentá-la com um corpo articulado de políticas saudáveis, que se contraponham a partir de vários pontos e com estratégias diversificadas, às determinações e efeitos da violência;
- s) Gestionar para que se efetivem as propostas do Plano Nacional de Segurança Pública, em especial aquelas que tratam da instituição de ouvidorias não-corporativas;
- t) Articular as Polícias Civil e Militar e reestruturar as Corregedorias das Polícias, sendo imprescindível, para tanto, a organização de um Sistema de Vigilância das Violências;
- u) Destinar 1% dos impostos das empresas para o Fundo da Infância e Adolescência;
- v) Revisar a Lei das Patentes visando barateamento dos fármacos.

DIRETRIZES PARA MODELOS DE ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS

77. Os participantes da 11ª CNS consideram indispensável resgatar o conceito de saúde afirmado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que entende que “a Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho,



transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. (...)” e que o “direito à Saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da Saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional (...)” (Relatório da 8ª CNS), reafirmando a necessidade de políticas públicas multisetoriais e de Modelos de Atenção que assegurem a universalidade, a integralidade e a equidade para garantir o direito à Saúde. Esse resgate implica a necessidade de conquistar os elementos imprescindíveis para se alcançar um verdadeiro Modelo de Atenção à Saúde: vontade política, resolutividade, credibilidade e Controle Social. Com base nesses conceitos, estabelecem as seguintes DIRETRIZES éticas e políticas para a consolidação do SUS e a definição de Modelos de Atenção:

- a) Promover a efetiva implantação de um sistema de saúde constituído por uma rede de atenção qualificada, capaz de integrar os diferentes aspectos da vida das pessoas e articular as áreas técnicas específicas, tendo como resultado a criação do vínculo com o(a) usuário(a) e uma atenção resolutiva e qualificada, efetivando a implantação do SUS com o respeito aos seus princípios e diretrizes, e a materialização destes em todos os programas de saúde. Esse esforço deve ocorrer sem privilegiamento do setor privado, com investimentos na área pública e com Controle Social;
- b) Incentivar os diversos níveis de gestão do SUS a



- desenvolverem ações que busquem promover uma transformação cultural no sentido da inclusão da “diferença” como constitutivo e enriquecedor da sociedade, e da incorporação da concepção da pessoa como um todo complexo e integrado;
- c) Assegurar que a integralidade seja colocada como questão central e fio condutor para a construção do Modelo de Atenção e para a atuação dos profissionais que o compõem, com respeito à diversidade, sem distinção de etnias, sem restrição de minorias, gênero, opção sexual, portadores de todas as deficiências, patologias, faixas etárias, população indígena, rural, urbana e ribeirinha;
- d) Adotar Modelos de Atenção à saúde que atendam aos seguintes requisitos:
- permitir a adoção de soluções de acordo com a diversidade do território nacional, respeitando as realidades locais/regionais e estaduais;
 - atender às necessidades individuais e coletivas, respeitando as diferenças de gênero, idade e raça;
 - garantir serviços humanizados, com qualidade e resolutivos, em todos níveis de atenção, entendidos como direito de cidadania;
 - adotar o modelo de vigilância à Saúde e a territorialização em sua estruturação;
 - serem flexíveis, permitindo implantar, de forma integrada, práticas alternativas de atenção à saúde (internação domiciliar, cirurgia ambulatorial, hospital-dia etc.);
- e) Ampliar a Atenção Básica domiciliar como estratégia de consolidação do processo de humanização



- da atenção à saúde do usuário, promovendo a atenção integral à saúde e otimizando a utilização dos leitos hospitalares;
- f) Integrar todas as ações de saúde demandadas pela população ou previstas pelas Políticas de Saúde Pública e Sanitárias. A estrutura organizacional (unidades de retaguarda) deve ter a operacionalidade focada nas ações de saúde, prevendo a capacitação profissional. As ações devem ser acompanhadas de análise das necessidades operacionais, com monitoramento de metas, objetivando a racionalidade do fluxo de recursos e a prestação de contas;
 - g) Rejeitar o modelo vigente de operacionalização de “ações complementares”, no qual freqüentemente se recorre a estratégias campanhistas de âmbito nacional sem contemplar a diversidade e as particularidades epidemiológicas do País, garantindo que o Ministério da Saúde redirecione sua política de campanhas/mutirões para uma abordagem integral dos problemas de saúde;
 - h) Repudiar a “Cesta Básica da Saúde” como Modelo de Atenção, entendendo que esta proposta fere os princípios do SUS. Adotar o modelo “Em Defesa da Vida” como referencial teórico para a organização da Atenção à Saúde no SUS;
 - i) Adotar estratégias efetivas para o combate a mercantilização da Saúde, promovendo valores em defesa da vida e da cidadania como orientadores da organização da atenção à saúde no SUS.

78. Os participantes da 11ª CNS debateram sobre o Modelo de Gestão do sistema de saúde brasileiro, reafirmando os princípios organizacionais postos



pela Constituição e Lei Orgânica da Saúde, enfatizando a necessidade de reorganizar os serviços de atenção em todos os níveis por meio de rede regionalizada, hierarquizada, descentralizada e com mecanismos e instrumentos de gestão e regulação claros e transparentes, no sentido de se chegar à integralidade e à equidade no acesso de todos os cidadãos à assistência. Nesse sentido, recomendaram por diretrizes:

- a) Promoção da melhoria da organização dos serviços e do Sistema de Atenção à Saúde, efetivando uma real regionalização e hierarquização, fortalecendo as ações básicas de saúde e garantindo acesso da população a todos os níveis de atenção;
- b) Reorganização dos sistemas de saúde por meio de metodologia de planejamento que contemple a garantia de acesso, diagnóstico e vigilância continuada à Saúde. O Plano de Saúde deve assegurar a incorporação de tecnologia a partir de critérios epidemiológicos, promovendo a regionalização dos serviços de alta complexidade e provisão de equipamentos;
- c) Integralidade da atenção com articulação das ações de prevenção e cura nos níveis primários, secundários e serviços mais complexos, utilizando-se estratégias de organização que contemplem programas farmacêuticos, grupos alternativos e programas de atenção domiciliar;
- d) Fortalecimento do caráter público do Sistema de Saúde, e privilegiamento as instituições públicas de forma que a iniciativa privada só seja demandada para complementação de serviços não ofertados pela rede pública;
- e) Redefinição das responsabilidades entre as três



esferas de governo: (a) ao Governo Federal caberá o financiamento dos serviços, simplificando as exigências e desburocratizando a implantação de programas; (b) o Estado será o normatizador do processo de regionalização por intermédio das instâncias colegiadas ainda que seja necessária uma definição mais clara e precisa de seu papel no SUS; (c) O Município será responsável pela regularização dos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde, assegurando a contratação por concurso público, conforme estipula a lei (Constituição Federal), garantindo a multidisciplinaridade, visando a Promoção da Saúde. O papel de regulador quanto à definição do tipo de serviços que serão ofertados cabe ao gestor municipal, de acordo com o perfil epidemiológico da população em detrimento dos interesses do mercado. Por outro lado, deve haver a garantia de que o MS e as Secretarias Estaduais de Saúde sejam coordenadores das políticas de saúde e ofereçam apoio técnico, financeiro e operacional aos municípios;

- f) Garantia e respeito aos princípios do SUS por parte dos diversos programas do Ministério da Saúde, bem como às prioridades definidas nos Planos de Saúde Municipais e Estaduais, assegurando a autonomia destes em contrapartida aos modelos impostos;
- g) Garantia de informações qualificadas sobre as condições sanitárias e de vigilância epidemiológica, incluindo as condições socioculturais e econômicas que possam captar a dimensão social da saúde da população e sirvam como instrumento para a ação governamental e da sociedade;
- h) Incentivar a criação de consórcios intermunicipais para garantir a otimização de recursos financeiros.



FORTELECIMENTO DOS PRINCÍPIOS DO SUS: O CARÁTER PÚBLICO, A INTEGRALIDADE, A EQUIDADE E A HUMANIZAÇÃO

79. Os participantes da 11ª CNS reafirmaram a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado, definida na Constituição Federal, no provimento da saúde ao povo. Da mesma forma, os princípios da integralidade assistencial, da humanização e da equidade foram reiterados, constituindo-se como objetivos para a consolidação do SUS.

80. Afirmar a posição dos participantes da 11ª Conferência de Saúde contra a privatização do setor público, protestando veementemente contra a possibilidade de privatização dos laboratórios oficiais como Osvaldo Cruz, Biomanguinhos, FIOCRUZ e qualquer outro laboratório público ou de serviços de produção de insumos. Condenar a privatização dos hospitais públicos, universitários e dos serviços de atenção básica e secundária, revertendo por meio da anulação ou suspensão dos processos de privatização ou de terceirização sob forma das organizações sociais, cooperativas e agências executivas em curso nos estados, municípios e União, entendendo que estas iniciativas na Saúde transferem recursos públicos à iniciativa privada. Da mesma forma, impedir a transformação dos hemocentros em fundações ou qualquer outro meio onde se identifica riscos de privatizá-los.



81. Impedir a privatização da Saúde através das Agências Executivas e Organizações Sociais, e, em particular, impedir que a FUNASA seja transformada em Agência Reguladora ou Executiva. Garantir o Controle Social paritário no âmbito das Agências Reguladoras e Executivas já existentes.
82. Garantir que as ações de promoção à Saúde e assistência sejam ofertadas pelos serviços públicos, objetivando o acesso das populações socialmente discriminadas aos serviços, insumos e informações; e contemplando, nas propostas de equidade, o fortalecimento do papel redistributivo da alocação dos recursos governamentais.
83. Garantir a oferta igualitária de serviços, dirigida para demandas, a grupos de alta visibilidade como os portadores de deficiência e os dependentes químicos.
84. Vedar o exercício profissional em cargos de direção no setor público de saúde aos proprietários de unidades de saúde privadas.
85. Estabelecer parâmetros qualitativos de atenção à Saúde na concessão de certificação aos Estabelecimentos Filantrópicos, além dos quantitativos já estabelecidos, e realizar auditorias nos Hospitais Filantrópicos, sempre que houver suspeita de restrição à garantia do pleno acesso dos usuários ao atendimento, bem como criar mecanismos para submeter esses serviços ao controle dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.
86. Propor que seja revogada a “Lei Lúcio Alcântara”,



para garantir o acesso pleno do usuário do SUS aos Hospitais Universitários (HU).

87. Estimular a realização de estudos e pesquisas para identificar as iniquidades do Sistema Único de Saúde, superando-as com desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos. Os novos trabalhadores do setor público de saúde deverão ter formação adequada para o novo Modelo de Atenção à Saúde preconizado; e aos antigos, em atuação na rede, deve ser assegurado um programa de educação continuada por meio de escolas técnicas e de escolas de Saúde Pública dos estados.
88. Assegurar a equidade na oferta de serviços de saúde para as populações urbana e rural, coibindo qualquer forma de discriminação por parte dos prestadores, até mesmo as recepções diferenciadas.
89. Promover a relação humanística no trato e na assistência aos doentes terminais, seja pela definição de número de leitos específicos para tal finalidade em hospitais de referência; ou por meio de incentivos financeiros, pela implantação de programas municipais de internação domiciliar.
90. Incluir o quesito – descendência étnica geral – na obtenção de dados de vida e saúde da população. Tais dados farão parte dos registros epidemiológicos, para que a efetivação dos conceitos de integralidade, qualidade e humanização na atenção à saúde seja garantida com equidade.



91. Desenvolver uma efetiva Política de Saúde para atendimento aos idosos, abolindo a discriminação no contexto societário, dentro do que preconiza a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

FORTALECIMENTO DOS PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS DO SUS E SEUS MECANISMOS DE GESTÃO: DESCENTRALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO

Planejamento, Acompanhamento, Avaliação, Controle e Auditoria

92. Os participantes discutiram a reorganização do Sistema de Saúde apontando a necessidade de sistematização do planejamento em Saúde no enfoque estratégico-situacional a partir da análise loco-regional das diferentes realidades econômicas e socioculturais do País. Esse processo deve respeitar as bases da democracia e permitir a participação dos cidadãos nos produtos finais – planos, projetos e programas que –, por sua vez, devem assegurar o direcionamento operativo do Sistema de Saúde nas três esferas de governo; e serem acompanhados e avaliados por meio de mecanismos ajustados às necessidades do Sistema de Saúde. Assim, propuseram:

- a) Elaborar um Plano Nacional de Saúde, sob a égide dos princípios do SUS, que oriente a ações de todas as áreas;
- b) Utilizar o Plano Municipal de Saúde como instrumento



- principal para a condução dos Programas de Atenção à Saúde, desde a concepção, controle e aplicação das deliberações das conferências e conselhos à adoção de processo de planejamento participativo como estratégia de elaboração e ações definidas pela territorialidade, detectando áreas de risco e microáreas homogêneas;
- c) Promover discussão entre os governos Federal, estaduais e suas respectivas instâncias colegiadas, sobre a regionalização dos serviços de saúde, garantindo que as SES assessorem os municípios no levantamento da capacidade instalada (leitos e serviços diagnósticos), assegurando a responsabilização solidária e compartilhada dos gestores nos diversos níveis de governo, sobre os serviços de referência;
 - d) Investir diferenciadamente em municípios que necessitam de uma maior cobertura de atenção, tendo em conta, principalmente, as carências de pessoal técnico e especializado e a utilização de critérios para solicitação de procedimentos e aquisição de equipamentos tecnológicos nos hospitais, pautada nos Planos Municipais de Saúde e no perfil epidemiológico local;
 - e) Incentivar a instalação e implementação de consórcios intermunicipais de saúde e/ou sistemas microrregionais como forma de assegurar o acesso da população aos serviços de saúde de maior complexidade, sob a efetiva e necessária regulamentação, integrando-os aos sistemas de referência do SUS, em suas específicas unidades públicas já existentes. Em caso de não existirem, que se estimulem investimentos à construção e compra de equipamentos pelo setor público.



Garantir que tais mecanismos associativos intermunicipais não se limitem a contemplar os interesses privados ou políticos; e que sejam controlados e aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde, CES e CIB. As informações e normas para estruturação e funcionamento dos mesmos devem ser amplamente divulgadas. A criação de consórcios para executar atividades de Atenção Básica, próprias dos municípios, deve ser coibida;

- f) Planejar a organização dos níveis de atenção secundária e terciária por meio da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares especializados, no âmbito das microrregiões de saúde, sustentada pelo sistema de referência e contra-referência e garantindo a efetivação dos mecanismos de controle social pelos fóruns de Conselhos de Saúde. Criar pólos de atendimento de especialidades ambulatoriais e de SADT por micro e macrorregiões de saúde, priorizando a descentralização e a regionalização de UTI neonatais e infantis para atender à maternidade de alto risco, serviços de pronto atendimento e hospitais de referência de doenças tropicais;
- g) Criar mecanismos nas diferentes instâncias gestoras sob Controle Social, para avaliar demandas atendidas, medindo o seu grau de resolutividade, qualidade e humanização; e também das demandas reprimidas, reorganizando as necessidades em recursos humanos e as unidades físicas e materiais, para o seu devido atendimento;
- h) Monitorar a oferta de consultas médicas e odontológicas, garantindo a qualidade e resolutividade, e a realização de exames complementares/labora-



- toriais necessários à resolutividade dos serviços de saúde;
- i) Ampliar, agilizar e descentralizar o tratamento fora do domicílio;
 - j) Criar e implantar sistema de avaliação da qualidade da Atenção à Saúde para o nível local e proceder a estudos das necessidades e do potencial da rede de serviços existentes antes de implantar novos serviços hospitalares ou de cadastrar novos serviços especializados;
 - k) Exigir dos órgãos públicos e privados as notificações e comunicação obrigatória dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho, e fiscalizar, considerando como objeto de infração a sua omissão;
 - l) Fiscalizar e promover as punições cabíveis quando da “cobrança por fora” nos atendimentos de média e alta complexidade, na rede conveniada do SUS;
 - m) Aumentar a fiscalização sobre as entidades filantrópicas conveniadas com o SUS e atentar, nas auditorias, para as cobranças duplas dos prestadores privados. Solicitar medidas junto ao Ministério Público contra as cobranças indevidas, bem como contra a formação de cartéis profissionais pelos anestesistas e outras categorias ou especialidades;
 - n) Implantar e investir nos mecanismos de controle, avaliação e auditoria em todos os níveis do SUS, enfatizando a capacitação de pessoal e o desenvolvimento de tecnologia que garantam o controle de qualidade, a garantia da acessibilidade, a integralidade e a articulação com os Conselhos de Saúde. Criar mecanismos de avaliação do grau de satisfação do



- usuário, incluindo as demandas de média e alta complexidade. Regulamentar o cargo de auditor do SUS e garantir que o sistema de auditoria contribua, efetivamente, para o diagnóstico e a reorganização das Políticas Públicas de Saúde;
- o) Fiscalizar com maior rigor a aplicação de recursos de investimento, os valores repassados e as despesas de custeio realizadas pelos gestores estaduais e municipais, por meio do Sistema de Auditoria, Controle e Avaliação, informando os Conselheiros de Saúde do resultados;
 - p) Criar instâncias de ouvidoria nos municípios e estados com o máximo de divulgação de suas atividades, definindo-se critérios que venham a subsidiar encaminhamentos de denúncias, sendo obrigatória a apresentação das mesmas nos Conselhos de Saúde. Implantar e implementar serviços de procuradoria setorial nas secretarias municipais, onde for viável;
 - q) Definir metas qualitativas, incluindo tecnologias em protocolos para orientar o acesso;
 - r) Enfrentar os *lobbies* que mercantilizam a saúde;
 - s) Garantir que os serviços de saúde funcionem em três turnos de atendimento à população e que disponham de normas de atendimento para que se evite o desrespeito aos usuários, tratando-os como cidadãos. É importante que as direções das unidades façam o acompanhamento no dia-a-dia e mantenham contato direto com a população;
 - t) Garantir um processo de descentralização da FUNASA, de forma gradativa, responsável e pactuada, com suas funções assumidas pelas esferas de governo de acordo com as suas



- competências e responsabilidades, para a permitir o Controle Social e o respeito aos direitos dos trabalhadores, assim como recuperar as deliberações da 10.^a CNS referentes à FUNASA e referendá-las nesta 11.^a CNS;
- u) Concluir a revisão do cadastro dos estabelecimentos e dos profissionais de saúde para identificar a capacidade instalada existente e diagnosticar as necessidades para a implementação de diretrizes do SUS; e para aprimorar os mecanismos de controle e avaliação;
 - v) Garantir a implementação de centrais de regulação de consultas especializadas e de disponibilização de leitos, subordinadas aos gestores, baseadas em critérios de necessidades e capazes de reorganizar o processo de tratamento fora de domicílio (TFD);
 - w) Garantir reforço ao processo de municipalização, oferecendo condições aos municípios em gestão básica para passarem à gestão plena do sistema, flexibilizando os critérios de habilitação exigidos pelo Ministério;
 - x) Divulgar experiências positivas que fortaleçam o SUS, como a Municipalização Solidária da Saúde, do Rio Grande do Sul.
93. Implantar um sistema de avaliação dos serviços de saúde pelos CLS, CMS e CES com utilização de critérios técnicos definidos em conjunto pelos atores envolvidos no processo, ouvindo também os trabalhadores de saúde nos serviços de nível médio e básico; e incluindo-os nos colegiados gestores,



para a discussão e decisão sobre mudanças para melhoria do atendimento. Criar mecanismos de avaliação permanente dos convênios e contratos com o SUS.

94. Garantir que o acompanhamento da implementação da Política de Saúde seja feito, prioritariamente, por meio dos instrumentos de gestão já normatizados, tais como Planos de Aplicação, compatíveis com os Planos de Saúde, e Relatórios de Gestão, que devem ser encaminhados aos respectivos Conselhos com prazos suficientes para a avaliação.
95. Subordinar as auditorias técnicas às demandas do Conselho de Saúde.

Mecanismos de Gestão: Planejamento e Cartão SUS

96. Os participantes da 11ª CNS enfatizam a necessidade de incluir no modelo de gestão do sistema um novo instrumento de planejamento com pactuação integrada, em contraponto à PPI, que ajuste a Atenção Integral à Saúde, incluindo assistência, vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, assistência farmacêutica e outras; e contemplando, em nível nacional e estadual, procedimentos de alto custo e otimização dos recursos do FAEC. A implementação da programação deve ser regionalizada e ter o seu cumprimento garantido por dispositivos legais, sem ingerências político-partidárias, por intermédio da implantação e monitoramento do Cartão SUS, pelas câmaras de



compensação, de forma descentralizada e com Controle Social.

97. Credenciar serviços de prestadores privados que garantam pelo menos 70% de sua capacidade instalada para o SUS; e permitir que tais contratos sejam efetuados apenas naqueles sistemas de saúde que garantam a regulação.
98. Agilizar a implantação do Cartão SUS para todos os usuários em 100% dos municípios do País, como importante mecanismo de referência, contra-referência e compensação de procedimentos. Fiscalizar o Cartão Nacional de Saúde, por meio dos Conselhos de Saúde, na sua fase de implantação, bem como na sua manutenção técnica e política. Efetivar o retorno da informação sobre os atendimentos realizados no município que acolheu usuários de outras cidades, aos serviços do domicílio origem. Utilizar a implantação do “Cartão Nacional de Saúde” para estruturar sistemas de informação automatizados, centrados no paciente e na família, em todos os municípios e todas as unidades de saúde do País, assegurando que o Cartão SUS informe a demanda reprimida da unidade de saúde.
99. Definir normas referentes à segurança e utilização, pelos gestores, de informações cadastrais, registros administrativos, de pesquisa e de dados transacionais, no sentido da proteção dos interesses do cidadão; garantir a segurança, uso ético da informação e a não- apropriação de bases de dados por empresas de seguro. Para isso é fundamental



a responsabilização dos profissionais que cuidam do trânsito, controle, coleta e tratamento das informações, e que seja promovida uma ampla discussão para definir as informações que poderão ser acessadas pelo Cartão SUS.

Normas Operacionais Básicas

100. Incorporar na NOB/SUS estratégias e conteúdos programáticos que observem os princípios e o caráter democrático do SUS, priorizando o Controle Social.
101. Condicionar a habilitação do município, em qualquer nível de gestão do sistema municipal de saúde, à realização dos inquéritos sanitários.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Atenção Básica: Rede, PSF e PACS

102. Os participantes da 11ª CNS enfatizam a importância de fortalecer as ações e serviços de atenção básica e o cumprimento de seu papel como porta de entrada de um Sistema de Saúde que ofereça integralidade de atenção; e, ao mesmo tempo estimular a adoção de programas voltados à ampliação do acesso aos serviços a toda a população, incluindo aqueles residentes em localidades onde não haja suficiência de



recursos assistenciais. Por outro lado, avaliando os impactos negativos de descontinuidade dos programas, os participantes alertam para a adoção de mecanismos de garantia que os projetos de saúde, cujos resultados implicam em benefícios para a população, não sofram descontinuidade em função das mudanças de gestores. Para isso, deliberam e propõem:

- a) Afirmar que a Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde podem ser uma das estratégias adotadas para a estruturação de sistemas municipais de saúde, funcionando, nestes casos, como principal porta de entrada do sistema, articulados com os demais níveis de atenção. No caso de opção por essas estratégias como forma de organização, deverá ser garantida a sua adequação às necessidades e prioridades locais, sem modelos programáticos verticalizados, garantindo atuação de outros profissionais de saúde como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, odontólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e outros, proporcionando uma atenção multiprofissional de acordo com a realidade de cada município. A estruturação e definição das equipes deverá ser feita a partir dos critérios epidemiológicos de cada município, conforme prioridades elencadas nos Planos de Saúde, aprovadas pelos Conselhos de Saúde;
- b) Garantir que a Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde desenvolvam ações integradas com as demais Políticas de Saúde e com a rede de serviços, proporcionando a integralidade



- da atenção, garantindo a referência e a contra-referência, evitando o estrangulamento;
- c) Implementar políticas intersetoriais de promoção da saúde, por intermédio do conceito de municípios saudáveis;
 - d) Ampliar a atenção básica incorporando outros procedimentos à rede, permitindo o aumento da resolutividade e a desospitalização, recuperando as unidades sucateadas e contratando pessoal para o seu funcionamento;
 - e) Garantir que os Agentes Comunitários tenham garantido o acesso direto e livre dos pacientes por eles encaminhados às unidades de saúde;
 - f) Definir que a coordenação de Agentes Comunitários de Saúde poderá ser exercida por outros profissionais de saúde, não se restringindo apenas aos enfermeiros; e aperfeiçoar o trabalho de supervisão das ações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde;
 - g) Reduzir o número de famílias por equipe do PSF;
 - h) Garantir que as três instâncias de governo ampliem a rede própria considerando as necessidades populacionais das áreas de abrangência, inclusive no que se refere à assistência secundária e terciária;
 - i) Implementar programas de tratamento fora de domicílio, entendendo-os como um instrumento de equalização e integralidade do acesso aos recursos necessários para o atendimento adequado de usuários residentes em localidades sem recursos assistenciais;
 - j) Incorporar práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e a homeopatia, já reconhecidas formalmente como especialidades médicas pelo Conselho Federal de Medicina.



Média e Alta Complexidade

103. Assegurar a atenção universal, integral e equânime requer, na visão dos participantes da 11ª CNS, a garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade. Essa questão provocou um amplo debate e recomendações sobre mecanismos de gestão que garantissem tais princípios, como centrais de regulação, formas associativas entre municípios, contratos, relacionamento entre prestadores, entre outros:
- a) Investir na melhoria do SUS por meio da organização das ações desenvolvidas pelas unidades assistenciais, disponibilizando os medicamentos necessários à população, recursos humanos, materiais e financeiros em quantidade adequada; e qualificando os recursos humanos da Saúde, remunerando-os dignamente e implantando o plano de cargos, carreira e salário;
 - b) Realizar a revisão dos contratos de serviços de alta complexidade e das organizações filantrópicas;
 - c) Estudar e propor alternativas e mecanismos de gerência do sistema de referência e contra-referência, incluindo-se os Hospitais Universitários;
 - d) Criar protocolos de atendimento de serviços de alta complexidade para previsão de recursos, procedimentos, formação especializada, disponibilidade profissional e alinhamento com os serviços de referência local, com base em estudos de necessidade regionais e orientação do prescritor. Incluir nos sistemas de protocolo



- cirurgias plásticas corretivas, necessárias à saúde plena das pessoas;
- e) Implantar Complexos de Regulação para a integralização e agilização da assistência, compostos por regulações médicas de urgências, internações, consultas e exames especializados e outras, balizando a referência e contra-referência com o objetivo de oferecer a melhor resposta possível a cada momento de necessidade do cidadão;
 - f) Adotar os protocolos elaborados pela Associação Médica Brasileira, juntamente com as sociedades de especialidades médicas, para uso mais racional da tecnologia;
 - g) Garantir que os serviços de auditoria, controle, avaliação e fiscalização sejam executados sobre serviços complexos;
 - h) Descentralizar a alta complexidade para o município, a partir de pactuação no estado, observando-se a ordenação da demanda e gerenciamento;
 - i) Municipalizar os hospitais federais e estaduais;
 - j) Criar, efetivar, tornar obrigatória a estruturação e agilizar a implantação das “Centrais de Vagas”, centrais regionais de marcação de consultas com sistema de referência e contra-referências, centrais de regulação, câmara de compensação e central de marcação de exames e leitos; e garantir a transparência nos agendamentos das referências regionalizadas, por meio de Controle Social em cada unidade, com a participação dos Conselhos Locais de Saúde, envolvendo estudos sobre as necessidades locais e proporcionando o seu devido financiamento;



- k) Gerenciar de modo mais eficaz a atenção especializada e a internação, criando e implantando câmaras de compensação interes-taduais e intermunicipais, garantindo o acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, inclusive o transporte para facilitar o acesso das populações de municípios distantes e áreas rurais; e combater o tráfico de influência, para garantir o acesso aos serviços de alta complexidade;
- l) Garantir o acesso aos Hospitais Regionais, totalmente públicos, de média e alta complexidade, e ampliar a participação dos hospitais no atendimento das necessidades da população, criando serviços especializados como CTI infantil e outros;
- m) Garantir o acesso de todos às tecnologias, de acordo com protocolos estabelecidos para definir critérios balisadores do seu uso no SUS, incluindo procedimentos de média e alta complexidade também para os Hospitais Universitário (HU) e hospitais públicos regionais;
- n) Considerar os serviços de atendimento de urgências como portas de entrada do Sistema Único de Saúde, com as necessárias portas de saída, exigindo portanto a definição de uma hierarquia de serviços, com fluxo regulado por médicos reguladores do sistema de urgências;
- o) Implantar mecanismos de financiamento, através do SIH-SUS, para viabilizar o programa de internação domiciliar;
- p) Realizar contrato por escrito entre os gestores e prestadores públicos, universitários e privados. É o gestor, junto ao Conselho de Saúde, quem deve definir quais são os serviços de alta e média



complexidade necessários e de interesse para o respectivo Sistema de Saúde.

104. Garantir a cobertura integral da assistência (básica, média e alta complexidade) pela rede do SUS, para cada necessidade identificada, estruturando um efetivo sistema de referência e contra-referência, com garantia do atendimento dos níveis secundário e terciário, com Controle Social.
105. Privilegiar a organização da rede pública de serviços de alta complexidade na oferta de serviços, restringindo o uso da rede privada complementar somente quando esgotada a plena capacidade instalada de oferta da rede pública.

Hospitais Universitários

106. Criar mecanismos efetivos de integração dos HU, federais e estaduais, de acordo às necessidades do SUS, articulando-os à rede de Atenção à Saúde e vedando o atendimento a planos ou convênios de saúde privados, condicionando as formas de repasse de recursos para os hospitais universitários ao atendimento (internação, ambulatório e exames complementares) 100% público controlando a dupla porta de entrada.
107. O Incentivo Financeiro aos Hospitais de Ensino (FIDEPS) deve ser amplamente divulgado a toda



a população, explicitando as razões diferenciadas do incentivo e, ao mesmo tempo, informando sobre os compromissos dessas instituições no atendimento às suas necessidades de saúde.

POLÍTICAS ESPECÍFICAS

Os participantes da 11ª CNS apresentaram diversas proposições para a organização da assistência a grupos populacionais ou portadores de patologias específicas, tendo como referência os princípios e diretrizes do SUS. Dessa forma, são as seguintes propostas aprovadas:

Saúde da Mulher

108. O conjunto de propostas voltadas à orientação para a Atenção à Saúde da Mulher reafirma que a política de assistência integral e as demanda por ações está fundamentada no quadro epidemiológico nacional. Destaca-se a elevada mortalidade materna, alta morbimortalidade por câncer ginecológico, além da constatação da ausência dos serviços de saúde na abordagem da violência doméstica e sexual. Nesse sentido, no contexto da compreensão de que a ilegalidade do aborto acarreta importantes agravos à saúde das mulheres e, entendendo ainda que a legislação restritiva à interrupção da gravidez necessita ser revista no sentido da realidade da população e da saúde das mulheres, os participantes da 11ª Conferencia Nacional de Saúde propõem:



- a) Implantar as Políticas de Assistência à Saúde da Mulher e da/o Adolescente, desde as ações básicas, privilegiando a prevenção – incluindo diagnóstico –, até os níveis de emergência e internação; que tais ações respeitem as especificidades oriundas das questões de gênero, raça/etnia e orientação sexual; e que, no Orçamento da União, sejam assegurados recursos destinados à execução dessas ações. Nesse sentido, propomos que o Sistema Único de Saúde assuma a implementação da Lei 92.623, referente ao planejamento familiar, com a introdução de informações confiáveis, métodos seguros e acompanhamento adequado, respeitando sempre o direito das pessoas decidirem sobre a sua prole;
 - b) Implementar ações programáticas que contemplem a atenção ao câncer ginecológico, Saúde Mental, anemia falciforme e outras patologias prevalentes em etnias específicas, DST/AIDS, saúde da trabalhadora urbana e rural, em todas as fases da vida;
 - c) Descriminalizar o aborto.
109. Para garantir a qualidade da assistência às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, com estímulo à humanização do parto:
- a) Priorizar o parto normal em detrimento das cesárias desnecessárias, os cuidados adequados à gravidez e alto risco, a atualização e capacitação de profissionais de saúde como condições indispensáveis para a melhoria da Atenção à Saúde da Mulher;



- b) Reduzir a mortalidade materna, destacando-se a garantia de acesso das mulheres em idade reprodutiva a serviços de qualidade e a implementação de comitês de mortalidade materna com participação da sociedade civil;
 - c) Imprimir melhorias no registro de óbito materno, objetivando reduzir sua subnotificação;
 - d) Defender a regulamentação das parteiras tradicionais e das/os agentes comunitárias/os de saúde, garantindo sua capacitação profissional, remuneração justa e reconhecimento da profissão como pertencente ao âmbito da Saúde;
 - e) Estimular a implantação do programa “Parto Seguro” em todas as maternidades do País; e fortalecer Políticas de Atenção ao Pré-natal, parto e puerpério, incluindo “Casas de Apoio à Gestante”, “Casas de Parto” e Maternidades Seguras ou Hospitais Amigos da Criança, principalmente no Norte e Nordeste;
 - f) Garantir que maternidades em geral possam expedir Certidão de Nascimento e Cartão da Criança quando da alta dos recém-nascidos.
110. A expansão e interiorização do processo de implantação dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, garantindo a implementação da “Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra as Mulheres e Adolescentes na Rede Pública de Saúde”, incluindo a prevenção das DST/HIV/AIDS, contracepção de emergência e a realização do aborto conforme determinações do Código Penal. Instituição de políticas que propiciem às mulheres vítimas de violência doméstica e sexual romper com o ciclo de



violência. Inclui-se aqui a criação de condições para o estabelecimento de uma rede de proteção a essas mulheres, e a criação de Casas Abrigos com atendimento multidisciplinar.

Saúde na Infância e Adolescência

111. Os participantes da 11ª CNS afirmam a prioridade da melhoria da Atenção à Saúde de Crianças e Adolescentes e a importância da ênfase em:
- a) Ampliar os programas de combate à mortalidade infantil;
 - b) Implantar Programa de Atenção à Gravidez de Alto Risco para adolescentes e garantir a presença de um médico especialista em adolescência nas unidades de saúde de referência;
 - c) Ampliar o programa de carência nutricional;
 - d) Investir na ampliação do Programa de Aleitamento Materno e na implantação de Bancos de Leite Humano;
 - e) Ampliar o número de hospitais “Amigo da Criança” em todas as regiões e grandes centros urbanos.

Saúde do Trabalhador

112. As ações de saúde do trabalhador devem ser incorporadas pelo SUS, segundo as diretrizes da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST/98. Para tanto, os participantes da 11ª CNS propõem:



- a) Que sejam implementados os Programas de Saúde do Trabalhador na rede básica de saúde dos municípios e nos ambulatórios de referência, conforme a Lei 3.120, por meio da integração do Programa de Saúde do Trabalhador com os Programas de Saúde da Família/PACS, integrando ainda os Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional e Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs);
- b) Priorizar as medidas de proteção coletiva, como base na vigilância dos ambientes e processos de trabalho;
- c) Criar políticas de Atenção à Saúde dos trabalhadores precarizados, trabalhadores informais, trabalhadores a domicílio, de fundo de quintal, terceirizados, temporários etc;
- d) Implantar a Rede de Saúde do Trabalhador integrada à Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), concebida como uma rede de atenção constituída de vigilância, assistência e capacitação na área da saúde do trabalhador no SUS, conforme papéis e hierarquia definida pela NOST/98;
- e) Que o SUS cumpra o que reza a Lei 8.080, nos seus artigos 6º, 16, 17, 18 e 19, no que se refere à Saúde do Trabalhador, vetando e lutando contra a privatização do SAT (Seguro de Acidente do Trabalho);
- f) Requerer do Ministério da Previdência Social a ampliação e consolidação do Controle Social segundo os princípios do SUS (Lei 8.080/90-8.142/90) e Portaria do MS 3.120/98 (NOST);
- g) Aumentar o repasse do teto financeiro para a



Saúde do Trabalhador, levando em consideração a capacidade operacional.

Saúde Mental

113. Os participantes da 11ª CNS expressam seu apoio ao reordenamento da Atenção em Saúde Mental, no contexto do SUS, que se convencionou denominar Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entendem que usuários, trabalhadores e familiares têm provado, na prática, a possibilidade de se fazer Psiquiatria sem necessidade da violência, da exclusão e da negação. Recomendam uma reorientação do modelo assistencial que perpassa os serviços, a clínica, a formação dos técnicos, além de propostas de suporte social, legislação e, fundamentalmente, criação de um novo *locus* social para a loucura. A Reforma Psiquiátrica tem, na essência de sua motivação, a busca incessante do direito e da cidadania. Por conseguinte, não pode ser dissociada de todas as dificuldades que, neste momento, a humanidade vem enfrentando, diante da deterioração da qualidade de vida, da marginalização crescente de grandes contingentes populacionais e da exacerbação das diferenças entre ricos e pobres, frutos da economia neoliberal concomitante ao processo de globalização. Dessa forma, preconizam a reabilitação psicossocial das pessoas que apresentam transtornos mentais mediante princípios como respeito e recontextualização das suas diferenças, preservação de sua identidade e cidadania, envolvimento e participação ativa no tratamento por parte dos familiares



e responsáveis, horizontalidade nas relações, multiprofissionalidade com interdisciplinaridade transformando o hospitalismo e a dependência em desinstitucionalização e autonomia. Propõe-se, assim:

- a) Apoiar incondicionalmente a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, voltada para o fim dos manicômios, garantindo o financiamento das três esferas de governo para os diversos serviços de Saúde Mental que os substituirão; e a fiscalização sobre os hospitais psiquiátricos;
- b) Implementar ações na política de saúde mental que garantam suporte terapêutico para familiares e portadores de transtornos mentais, com vistas à sua reinserção social; e cumprir as legislações referentes à implantação de atendimento na área de saúde mental (224/92, 106/00), que garantem assistência integral e humanização do atendimento aos doentes mentais;
- c) Criar mecanismos para que cada município tenha pelo menos uma equipe mínima de saúde mental;
- d) Criar uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil em nível estadual, para atender as necessidades específicas da criança e do adolescente;
- e) Sistematizar as supervisões e auditorias dos serviços de saúde mental, visando a implementação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica;
- f) Estender o atendimento psicossocial para todas as regiões do País, garantindo a construção das Residências Terapêuticas e o apoio à proposta de criação de um serviço de cuidado médico (NAPS, CAPS, HD), pelo menos em municípios ou



- microrregiões com 70.000 habitantes;
- g) Incorporar na rede de serviços do SUS ações de saúde mental dirigidas a populações específicas, como portadores de deficiências múltiplas, usuários abusivos de substâncias psicoativas (drogas) e dependentes químicos, na perspectiva da política de redução de danos, bem como reconhecer os aspectos culturais, étnicos e de gênero envolvidos no surgimento de um transtorno mental;
 - h) Que o Conselho Nacional de Saúde promova gestões junto aos CES e CMS no sentido do seu posicionamento favorável ao processo de implantação da reforma psiquiátrica; e que, ao mesmo tempo, esses Conselhos atuem no monitoramento dessa Política;
 - i) Reconhecer e acolher o portador de sofrimento psíquico em hospitais gerais (emergências e enfermarias), promovendo a continuidade do tratamento por meio da integração com os serviços substitutivos da rede (NAPS, CAPS, Lares Abrigados, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, PSF/PACS).

Saúde Bucal

114. Os participantes da 11ª CNS entendem que à assistência à saúde bucal é insuficiente e restrita a poucos procedimentos, ofertados a determinados grupos, o que não contempla as reais necessidades de promoção da saúde bucal da população brasileira. Dessa forma, propõem:



- a) Implementar no SUS um programa de saúde bucal;
- b) Garantir o atendimento médico/odontológico para pacientes especiais;
- c) Promover e fiscalizar a fluoretação da água de todos os sistemas de abastecimento e das pastas de dente comercializadas no País;
- d) Criar incentivos para a implementação de serviço de saúde bucal (prevenção e tratamento integral) para os municípios, garantindo a referência e contra-referência no atendimento odontológico.

Medicamentos e Assistência Farmacêutica

- 115. Exigir do Ministério da Saúde a revisão geral dos registros dos medicamentos para avaliação técnica e científica da qualidade e essencialidade dos produtos, e o cancelamento do registro de produtos não comercializados. Solicitar a exclusão dos medicamentos e insumos farmacêuticos do canal verde de importação. Implementar um Sistema Nacional de Farmacovigilância e ampliar a fiscalização de medicamentos “similares”, que são colocados no mercado como medicamentos genéricos, mas que trazem prejuízos à saúde da população.
- 116. Recomendar a modificação da Lei dos Genéricos para permitir a equiparação dos medicamentos similares aos medicamentos genéricos, a partir da revisão dos seus registros, assim como a revisão imediata da lista de medicamentos de referência para o registro de medicamentos genéricos,



tendo como base a RENAME, e o estabelecimento de padrões de referência terapêuticos e de qualidade a partir da produção oficial. Manifestar contrariedade em relação à importação de medicamentos genéricos.

117. Implantar laboratórios estatais de medicamentos e ampliar os investimentos governamentais nos laboratórios oficiais para suprir a demanda pública dos medicamentos essenciais. A produção de medicamentos genéricos deve tomar por base a RENAME e incluir os fitoterápicos. Implantar laboratórios regionais nos estados, incentivando a produção oficial de medicamentos com maiores investimentos em laboratórios farmacêuticos do governo, para fortalecer a produção estatal.

118. Revisar a Política de Assistência Farmacêutica, ampliando a discussão e a implementação da assistência farmacêutica com incorporação das ações inerentes ao conjunto das ações desenvolvidas pelo SUS, e conseqüente inclusão do profissional farmacêutico. A revisão deve objetivar o aumento dos itens da cesta básica de acordo com o perfil epidemiológico das regiões e municípios, garantindo maior agilidade na sua disponibilização e entrega, de modo a garantir aos municípios a distribuição de medicamentos para todos os pacientes atendidos na rede de serviços do SUS, aumentando a oferta e incluindo medicamentos utilizados por idosos e aqueles de alto custo, ou seja, melhorando o seu acesso. A Política de Medicamentos deve ser planejada de



forma a considerar investimentos para melhorias e adaptação da Farmácia Básica, de acordo com o perfil epidemiológico levantado pelo PACS/PSF, priorizando programas de educação para prevenção de doenças e uso correto dos medicamentos, aos profissionais de saúde e aos pacientes, viabilizando a orientação farmacêutica. O MS deve priorizar a reorientação da assistência farmacêutica e a ampliação efetiva da relação de medicamentos essenciais, agilizando a produção de genéricos.

119. Estabelecer que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde garantam o suprimento de medicamentos essenciais, de alto custo e imunoderivados, de acordo com o perfil de mortalidade de cada município ou região, com definição clara dos fontes de financiamento e da responsabilidade de cada nível de governo. Os gestores do SUS devem apresentar aos respectivos Conselhos de Saúde uma listagem desses produtos, para apreciação e deliberação.
120. Incluir a participação de profissionais farmacêuticos capacitados nas comissões de atualização da RENAME.
121. Apoiar o encaminhamento ao Congresso Nacional e ao MS da proposta de controle de preços de Medicamentos constante do voto em separado da CPI dos medicamentos, a partir daqueles medicamentos integrantes da RENAME.



122. Rejeitar a emenda aprovada no Senado, que modificou o texto original (...) (emenda nº 1 - CAS do Projeto de Lei da Câmara nº 1, de 1999).
123. Cobrar do MS uma campanha junto à população geral pelo uso racional de medicamentos, e lutar contra a propaganda de medicamentos nos meios de comunicação de massa.
124. Os participantes da 11ª CNS recomendam, com ênfase, a implementação de Programa de Fitoterapia na rede pública com regularização do uso de plantas medicinais, garantindo parcerias com universidades para pesquisas e controle de qualidade, e sob fiscalização da Vigilância Sanitária. Recomendam criar legislação que facilite a produção e comercialização de produtos fitoterápicos e plantas medicinais, e implementar programas de incentivo ao desenvolvimento de projetos de fitoterapia e outros tratamentos alternativos, assim como o fomento à implantação de laboratórios fitoterápicos inseridos dentro da Política de Assistência Farmacêutica do Estado. Consideram fundamental o incentivo às terapias naturais, em ações de Promoção da Saúde, integrando saberes populares e científicos, no sentido de desenvolver o acesso dos usuários dos serviços a essas práticas. Propõem a implantação de Programas de Fitoterapia descentralizada para unidades de saúde, escolas e demais instituições nos municípios, por meio de mecanismos (consórcios), sob fiscalização da Vigilância Sanitária Estadual e em conjunto com Assistência Farmacêutica; e o apoio dos gestores do SUS à



formação de hortas medicinais nos municípios. Propõem, também, que seja viabilizada a distribuição e garantido o acesso a medicamentos homeopáticos na rede de saúde.

125. Garantir medicamentos aos portadores de doenças crônico-degenerativas, psíquicas e neurológicas, bem como aos pacientes em tratamentos de alta complexidade nos centros de referência. Regulamentar a licitação dos medicamentos de médio e alto custo, da seguinte forma: i) a eritropoetina recombinante deve ser adquirida via licitação, na proporção de 70% fabricação em pó, sem necessidade de conservar em gelo; e 30% em líquido, necessitando a conservação em gelo; ii) a União, em conjunto com os estados, deve buscar a melhor forma de atender os portadores de patologias nas farmácias de medicamentos especiais, cadastrando e informatizando o setor; iii) tornar obrigatória a visita de psicólogo às salas de hemodiálise, e que seja feito, anualmente, um parecer desses profissionais aos Conselhos Estaduais de Saúde quanto às respectivas vidas desses pacientes.
126. Repassar para os municípios os recursos destinados à compra de medicamentos (farmácia básica), a serem adquiridos por consórcio.
127. Incentivar a sociedade por meio de campanhas educativas, efetuando denúncias contra o desperdício de remédios.



Sangue, Hemoderivados e Transplantes

128. Repudiar a comercialização do sangue e seus hemoderivados. Rejeitar a recente emenda complementar que permite e libera a comercialização de parcela importante do sangue, sendo tal emenda inconstitucional, uma vez que gera riscos à saúde da população brasileira.
129. Fortalecer a implantação de uma rede pública de hemoterapia integrada ao SUS, garantindo que o sangue, componentes e derivados tenham qualidade e não sejam comercializados.
130. Garantir o controle da “fila única” de espera de órgãos, regulamentando a obrigatoriedade de encaminhamento regular, sistemático e detalhado dos relatórios das centrais de transplante aos Conselhos de Saúde, a fim de coibir privilégios nas listas de espera.

Vigilância Sanitária e Epidemiológica

131. Implantar equipes regionais de Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador, com contratação de técnicos em higiene e segurança do trabalho e profissionais de nível superior na área de segurança do trabalho.
132. Melhorar a qualidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica com a realização de diagnóstico e notificação das doenças e agravos à



Saúde, investindo na capacitação das Secretarias Municipais de Saúde. Organizar, a partir dos municípios, um sistema confiável e operante de Vigilância Epidemiológica e agravos à saúde, de forma a permitir a tomada de decisão com base em dados confiáveis, bem como organizar um sistema de comunicação entre os municípios para troca de experiências e informações epidemiológicas sobre agravos à Saúde. Fazer com que as Universidades Públicas dêem subsídios técnicos às Vigilâncias Epidemiológicas e Sanitárias.

133. Modernizar o serviço de Vigilância Sanitária e Ambiental, substituindo a atual concepção de diferentes sistemas de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental por uma única estrutura, à luz do conceito de Vigilância à Saúde.
134. Aproximar as ações de Vigilância Sanitária das ações de Assistência Médica e da Atenção Básica.
135. Estabelecer estratégias efetivas de integração entre os órgãos responsáveis pela Vigilância Sanitária em âmbito federal (ANVS, SNPS/MS e Ministério do trabalho), estadual e municipal, para a definição de atribuições, competências e compatibilização e harmonização da legislação.
136. Implantar os Códigos de Vigilância Sanitária e fazer que sejam cumpridos.
137. Formar Comissão Intersetorial de Política de Medicamentos, Equipamentos e outros Insumos



para a Saúde nos Conselhos Nacional, Estaduais, e Municipais de Saúde, para o acompanhamento e sugestão de ações, visando a aplicação da Lei nº 8.142/90 e da Portaria nº 3.916/98, que regulamentam o Controle Social das Políticas de Saúde no Brasil e a Política Nacional de Medicamentos. Essa Comissão Intersetorial deverá elaborar relatórios anuais.

138. Criar, no prazo de seis meses, a partir dos Conselhos Estaduais de Saúde, a Comissão de Ética dos Institutos de Pesquisa em Saúde, e fiscalizá-los periodicamente, para que cumpram eticamente a sua função.
139. Assegurar que a política de investimento tecnológico do SUS e o processo de escolha e aquisição tecnológica passem, obrigatoriamente, pela aprovação do Conselho de Saúde, e sejam resultado de deliberações das instâncias colegiadas do SUS com o apoio e assessoria dos auditores, para acompanhar o credenciamento dos prestadores.
140. Implementar uma Política de Ciência e Tecnologia, integrando centros de pesquisa, laboratórios oficiais e universidades, visando a pesquisa e o desenvolvimento de insumos farmacêuticos, a fim de diminuir gradativamente a dependência externa e criar referência em termos de custo.
141. Exigir o investimento efetivo do Ministério da Educação nos Hospitais Universitários.
142. Estimular pesquisas para avaliar os Modelos de Atenção em funcionamento.



143. Incentivar as pesquisas de novos medicamentos pela indústria nacional, e sobre produção orgânica. Garantir o uso de instrumentos políticos adequados para incentivar e promover todas as etapas da produção, no Brasil, de equipamentos e insumos odontológicos de qualidade capazes de atender à demanda interna, como também de competir no mercado mundial. Tal produção é de interesse estratégico, pois contribui para gerar empregos e desenvolver a ciência e tecnologia nacionais.
144. Exigir das escolas e universidades esforços para desenvolver a qualidade necessária no setor de novas tecnologias e ações de saúde preventiva.

Outras Políticas e Programas Específicos

145. A 11ª Conferência Nacional de Saúde indicou a necessidade de que o SUS assumira a responsabilidade da Assistência à Saúde no Sistema Prisional, aprovando as seguintes propostas:
 - a) Garantir às Secretarias de Estado da Saúde a formulação da Política de Saúde no Sistema Prisional, no que se refere às ações e serviços de saúde, bem como os recursos necessários, incluindo profissionais de saúde concursados e capacitados para o desempenho destas atividades;
 - b) Criar nas três instâncias de governo (municipal/estadual/Nacional) a Coordenação de Política de Saúde no Sistema Prisional;



- c) Garantir a lotação dos profissionais de saúde concursados do SUS para as unidades do Sistema Prisional brasileiro.

- 146. Desenvolver uma efetiva Política de Saúde para Atendimento aos Idosos, abolindo a discriminação no contexto societário, dentro do que preconiza a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Incluir nos serviços do SUS o direito a acompanhante em caso de internação de portadores de deficiências e idosos dependentes.

- 147. Ampliar o atendimento nos programas especiais: DST/AIDS e doenças degenerativas; Garantir a assistência integral pelo SUS aos portadores de doenças infecto-contagiosas, sobretudo aos soropositivos e doentes de aids, incluindo internação hospitalar, atendimento domiciliar, hospital-dia e financiamento de casas de apoio mantidas por organizações não-governamentais. Ampliar os números de leitos na rede pública e hospitais privados conveniados.

- 148. Garantir que a população de portadores de doenças renais seja atendida de forma diferenciada, como rege a legislação do SUS, fazendo valer o princípio da equidade.

- 149. Garantir que, na Assistência à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, seja incluída assistência em reabilitação, compreendendo todos os profissionais necessários, enfatizando também a presença de andrologistas nas equipes de atendimento. Tal Assistência deverá ser prestada observando-se os



princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, compreendendo desde as unidades básicas de saúde, aos centros de reabilitação e de referência em reabilitação responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade; incentivar a eliminação de barreiras arquitetônicas e ambientais, incluindo a adaptação de equipamentos que obstaculizam o acesso de portadores de deficiências aos serviços de saúde.

150. Obter, junto aos órgãos governamentais, a pesquisa e a análise de produtos industrializados ingeridos pelos celíacos, garantindo a melhor qualidade de vida.

RECURSOS HUMANOS

151. Os participantes da 11ª CNS, quanto ao tema Recursos Humanos, apresentaram propostas que podem ser agrupadas em seis categorias de recomendações, isto é, seis eixos de formulação de políticas: Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS, Desenvolvimento de Trabalhadores em Saúde; Política de Saúde; Formação de Pessoal para a Saúde; Relações de Trabalho e Processos de Educação para o SUS. As estratégias para transformação dos recursos humanos em profissionais de saúde comprometidos com um sistema de saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado, envolvem diretrizes e propostas de ações de diferente natureza, que são a seguir explicitadas.



POLÍTICA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS

152. O eixo Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS corresponde às defesas apresentadas pela Conferência no tocante à especificidade do trabalho no SUS. Foi aprovada integralmente a 3.ª versão da NOB-RH/SUS e apareceu um debate com pelo menos três blocos propositivos:

- a) **Agenda Política Estratégica** – entabular, concreta e sistematicamente, um debate nacional articulado e articulador de gestores, conselheiros, trabalhadores e formadores de recursos humanos para implementar a NOB-RH/SUS e aperfeiçoá-la segundo as necessidades sociais em Saúde de cada localidade e o papel de cada esfera de governo;
- b) **Padrões de Lotação de Pessoal** – necessidade de introduzir o conceito de equipe multiprofissional, segundo as necessidades sociais em Saúde, para combater os pacotes pré-determinados de equipes e processos de trabalho; introduzir processos de avaliação de desempenho sob controle popular, e necessidade de contraposição à Lei de Responsabilidade Fiscal no tocante às lotações no SUS, uma vez que o trabalho em Saúde só se faz com utilização intensiva de mão-de-obra;
- c) **Interiorização dos Trabalhadores em Saúde** – não houve consenso de propostas, mas, ao lado do retorno à discussão sobre o serviço civil obrigatório, apareceram várias outras



propostas: estágios profissionais abertos pelos municípios; revezamento dos profissionais pelas regiões dos estados como acontece no Poder Judiciário; revezamento pelos serviços de saúde dos especialistas mais raros no Sistema, quando empregados ou estagiando no SUS; e programas de aperfeiçoamento profissional especializado para as várias categorias profissionais, à semelhança da residência médica, para requalificar os vários postos de trabalho no SUS.

153. Regulamentar e implementar a NOB de RH para o SUS, criando diretrizes nacionais que devem ser discutidas e apreciadas pelo Conselho Nacional de Saúde no 1º semestre de 2001, e implementadas no prazo máximo de UM ano. Implantar, pela via legal, as mesas de negociação estaduais e municipais no âmbito do SUS. A NOB/RH/SUS deve regular também os trabalhadores do setor contratado pelo SUS, inclusive aqueles dos serviços contratados por organizações da sociedade civil de interesse público (outro nome das organizações sociais).

Perfil e Atuação das Equipes e Profissionais

154. Com relação à formação e atuação das equipes profissionais, recomenda-se:
 - a) Permitir a inclusão de outros profissionais de saúde nas equipes mínimas de atenção básica,



- de acordo com as realidades locais, e ampliar a possibilidade de atuação clínica de profissionais de saúde não médicos, através de equipes de saúde interdisciplinar;
- b) Que o Ministério da Saúde autorize os profissionais de saúde com formação superior a expedirem atestado de saúde, alterando a legislação pertinente;
 - c) Que o Ministério da Saúde efetive a definição de Protocolos e Ações de Saúde, resguardadas as questões regulamentares das profissões, com aprovação pelos Conselhos de Saúde;
 - d) Orientar os profissionais de saúde para se relacionar com os usuários utilizando-se de uma linguagem clara, simples e objetiva;
 - e) Regulamentar as ocupações existentes/atuentes no SUS: auxiliar de consultório odontológico, THD, ACB etc.;
 - f) Promover simpósio para discussão da ética dentro do SUS, especialmente no que se refere ao relacionamento entre os diversos profissionais de saúde.

RELAÇÕES DE TRABALHO

155. O eixo Relações de Trabalho corresponde às proposições que afirmam a necessidade de proteger o trabalho e o trabalhador do Sistema Único de Saúde com todos os direitos trabalhistas consagrados pela legislação nacional, bem como combater todas as formas de precarização do trabalho no SUS; recuperar o poder de compra dos salários, impor prestígio ao trabalho em



saúde pela qualidade da remuneração e eliminar as discriminações salariais dentro das mesmas esferas de comando no SUS (ex.: diferença de salários entre equipes do PSF/PACS e equipes da atenção básica municipal) ou entre categorias profissionais de igual escolaridade (auxiliares com escolaridade básica, técnicos com escolaridade profissional e graduados no ensino superior); constituir equipes interprofissionais de trabalho em todas os serviços de saúde, segundo as necessidades sociais em saúde e administração de RH, com mesas de negociação permanente, contratualização do trabalho com capacidade de avaliação de desempenho e isonomia salarial no SUS.

Condições de Trabalho e Disponibilidade de RH no SUS

156. Reestruturar e aumentar os investimentos em RH nas Secretarias Estaduais de Saúde, para possibilitar a realização de serviços-fim, a cooperação técnica e auditorias que possibilitem o acompanhamento efetivo dos municípios, em especial a fiscalização dos municípios em gestão plena do Sistema. Que a Política de Recursos Humanos do SUS seja pactuada com os trabalhadores e Conselhos de Saúde local.
157. Criar condições para o trabalhador da Saúde conhecer o SUS e se orgulhar de ser elemento que participa e impulsiona o Sistema, estimulando a recuperação da auto-estima dos servidores públicos



e conscientizando-os de que a humanização da assistência deve ser uma preocupação objetiva de toda a equipe de trabalho dos serviços, do servente até o profissional de nível superior.

158. Criar critérios democráticos de mobilidade geográfica dos servidores, para que não fiquem submetidos ao poder político local.
159. Garantir que os profissionais das unidades de saúde estejam, quantitativamente e qualitativamente, adequados com as necessidades de saúde da população da sua área de abrangência; que a Reforma Administrativa não reduza o número de trabalhadores do SUS, prejudicando os usuários. E, baseado no caráter relevante das ações de saúde conferido pela Constituição, que os trabalhadores do SUS não sejam incluídos no quantitativo de Recursos Humanos a que se referem as Leis Camata e de Responsabilidade Fiscal.
160. Respeitar as normas regulamentadoras, de forma que nenhum servidor público seja demitido, por justa causa ou não, sem que tenha feito o exame demissional de Saúde e garantindo, também aos que já foram demitidos ou tiveram encerrados seus contratos, a sua reintegração para cumprimento do mesmo.
161. Garantir regulamentação de jornada de trabalho e promover a adequação da carga horária dos profissionais de saúde, em particular dos que



trabalham em setores que envolvem maior desgaste físico e emocional.

162. Garantir o acesso às ações de saúde para os trabalhadores da Saúde nos três níveis de governo, em especial o apoio terapêutico para os trabalhadores de Saúde que atuam diretamente com doenças que ocasionam maior desgaste psicológico como, por exemplo, aids, doenças mentais e patologias terminais.
163. Garantir que o SUS desenvolva ações de vigilância nos ambientes de trabalho, além de garantir a defesa do direito de recusa por parte dos trabalhadores, quando em situações de risco iminente a si mesmo no ambiente de trabalho, aos demais trabalhadores, à comunidade e ao meio ambiente.
164. Garantir que a avaliação de desempenho seja coletiva, com metas definidas previamente e com a participação dos Conselhos gestores de unidades e serviços de saúde, e que seja um instrumento para benefícios na carreira dos Recursos Humanos em Saúde.
165. Garantir remuneração adequada, educação, qualificação e avaliação continuada para todos os trabalhadores, contemplando a multidisciplinaridade.
166. Reconhecer o sindicato de cada categoria profissional da Saúde.



Formas de Seleção e Relação Contratual

167. Efetivar formas de comprometimento e punição para os trabalhadores distribuídos em esfera de governo diferente da que mantém o vínculo empregatício, para responderem ao gestor a quem, efetivamente, prestam serviços.
168. Garantir mecanismos claros de recomposição de Recursos Humanos municipalizados, aposentados, demitidos e afastados nas três instâncias de governo; e o repasse de verbas específicas para esse fim. Instituir pagamento integral aos servidores estaduais cedidos aos municípios.
169. Garantir que os Hospitais Universitários adotem vínculo único para os trabalhadores e mantenham insumos suficientes ao atendimento adequado da população do SUS.
170. Regulamentar e/ou definir formas de contratação adequadas e de acordo com a legislação vigente, que garantam os direitos trabalhistas aos trabalhadores do PACS e PSF. Acabar com as bolsas permanentes dos Agentes Comunitários de Saúde.
171. Desenvolver uma Política de Interiorização dos Médicos e demais Profissionais de Saúde, com PCCS em todos os Estados.
172. Denunciar a iniquidade gerada pela estratégia de flexibilização da contratação de recursos



humanos para o SUS, que também resulta em maior gasto. Deve-se implantar Planos Nacional, estaduais e municipais de valorização dos Recursos Humanos em Saúde, dar total apoio à discussão e implantação da NOB-RH/SUS e implantar PCCS específico para a Saúde, com dedicação exclusiva. Denunciar a cooperativização como forma de precarização das relações de trabalho.

PCCS e Remuneração dos Trabalhadores em Saúde

173. Criação de espaços de discussão sobre as diferentes modalidades de contratação de RH dos diversos programas da Saúde; garantir a realização de concursos públicos para os Recursos Humanos do SUS, baseados nos Planos de Carreira, Cargos e Salários do SUS, com regras para seleção que reflitam o perfil de instituição e da demanda a ser atendida, com provas teóricas e práticas, assegurando que o acesso ao serviço público seja exclusivamente por concurso público em todos os níveis e para todas as categorias, proibindo as terceirizações e garantindo os direitos trabalhistas para todos.
174. Garantir que seja atribuição dos Conselhos de Saúde, por intermédio das mesas de negociação, a construção dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários, agindo ainda como fiscalizadores da implementação desses planos pelo poder público.



175. Contratar técnicos de Vigilância Sanitária e auditores, através de concurso público, com dedicação exclusiva e salários compatíveis com a função.
176. Garantir que os profissionais de saúde trabalhem com satisfação e com salários dignos; que, dentro dos Planos de Cargos e Salários, seja adotado o TIDE (incentivo à dedicação exclusiva); que se garanta a isonomia salarial entre os trabalhadores da Saúde das três esferas de governo e que se assegure salários iguais para funcionários que desempenham as mesmas atividades e trabalhem para os mesmos programas, tomando-se como referência, para tanto, o maior valor de salário já estabelecido; que seja de responsabilidade do SUS a aprovação de novos cargos na área de Saúde, cumprindo a Constituição Federal.
177. Elaborar Plano de Carreira, Cargos e Salários adequado para os trabalhadores de Saúde, com acesso aos cargo através de concurso público, regime único de contratação, política salarial no âmbito do SUS e incorporação de gratificações ao salário, visando a valorização e o desenvolvimento profissional. Criar planos de cargos específicos para funcionários da área de Saúde Pública, exigindo a dedicação exclusiva, como técnico e auditores de Vigilância Sanitária, para que os mesmos não tenham relações ambíguas com os serviços que fiscalizam. Exigir que os auditores do sistema de controle e avaliação tenham dedicação exclusiva e não mantenham vínculo com iniciativa



privada. Definir piso salarial único de acordo com o nível de escolaridade. Estabelecer prazo de 12 meses para implementação do PCCS. Considerar todas as carreiras do serviço público como carreiras típicas de Estado.

178. Garantir que o governo honre, imediatamente, os passivos trabalhistas.
179. Formular tabela de pagamento do SUS, com definição do valor dos honorários profissionais; e acabar com os critérios de produtividade como definidores do pagamento aos profissionais de Saúde.
180. Vincular o sistema de avaliação de qualidade da atenção (em especial, unidades de assistência) ao sistema de avaliação de desempenho de Recursos Humanos, rompendo a lógica da remuneração por produtividade. Criar mecanismos de incentivo à humanização e responsabilização da clientela adscrita pelos profissionais de saúde, incluindo o cumprimento integral de sua carga horária e a resolutividade e cobertura da população, em substituição aos incentivos do PACS/PSF.



DESENVOLVIMENTO DE TRABALHADORES EM SAÚDE

181. O eixo Desenvolvimento de Trabalhadores em Saúde corresponde às recomendações voltadas ao pessoal que trabalha no SUS e se desdobra em proposições aos gestores, às organizações de trabalhadores e à Política Nacional de Saúde. O desenvolvimento de trabalhadores relaciona-se com a recuperação da imagem do trabalho e do prestígio do servidor público. Essa recuperação do trabalho e do trabalhador público em Saúde surge, no âmbito da Conferência, pela reivindicação de destaque à relevância pública desse trabalho, quer ocorra no serviço público, quer no serviço privado contratado ou conveniado; ou ainda, no setor privado fiscalizado/regulado pelo poder público. O desenvolvimento não aparece como a mesma coisa que educação permanente/ educação continuada dos trabalhadores de Saúde: enquanto o primeiro se destina ao pessoal que trabalha no SUS, a segunda se destina aos profissionais, independentemente de que tenham vínculo empregatício com o SUS (recém-formados; desempregados; candidatos à carreira pública; trabalhadores do setor privado que devem ser reconhecidos pelo SUS, e podem beneficiar o Sistema se dispuserem de melhor conhecimento etc.). O desenvolvimento abrange três frentes de influência:

- a) **Gestores em Saúde** – gestores estaduais, municipais e de serviços de saúde, com ênfase



- neste último grupo, para os gestores de unidades básicas de saúde, principalmente no que tange aos processos de planejamento e gerenciamento participativo com trabalhadores e usuários, à luz do controle da sociedade sobre o SUS;
- b) **Trabalhadores do SUS** – servidores públicos da área da saúde, organizados por local de trabalho, por agregação às entidades corporativas ou de pesquisa científica, por vinculação empregatícia ou outras formas, discutindo questões do trabalho, do emprego, da carreira e dos salários (PCCS), à luz do controle da sociedade sobre o SUS;
 - c) **Política de Saúde** – incentivo e aprimoramento de centros formadores do SUS, como parte da Política de Recursos Humanos em Saúde de cada Secretaria Estadual e Municipal, com quaisquer arranjos de funcionamento intercomplementar com a rede de ensino estadual e municipal; e que se voltem ao fortalecimento do controle da sociedade sobre o SUS, inclusive com a oferta de programas de estudo para usuários da rede pública ou entidades representadas nos respectivos conselhos sobre política e legislação do SUS.

Capacitação

- 182. Desenvolver uma Política de Capacitação para Profissionais de Saúde, em todos os níveis, em



trabalho conjunto entre SMS/SES/Universidade, com ênfase na humanização do serviço de saúde, que contemple não apenas aspectos técnicos, mas também éticos, legais e de comunicação interpessoal relacionados à atuação profissional, inclusive implantando e implementando cursos de capacitação à distância para os trabalhadores da Saúde. Elaborar normas do SUS para a habilitação e capacitação profissional, tendo em vista os princípios do Sistema, qualificando os seus trabalhadores para ampliar a resolutividade dos serviços oferecidos à população e garantir a integralidade da atenção.

183. Canalizar Recursos Financeiros para a formação dos Recursos Humanos do SUS, definindo o perfil profissional apropriado a partir de necessidades concretas locais. Assegurar a disponibilidade de recursos financeiros para a viabilização de programas de capacitação e qualificação permanente dos RH nos municípios, nos estados e na União. Sugere-se que sejam assegurados recursos financeiros (no mínimo, 1% do orçamento da Saúde) para qualificação e capacitação de Recursos Humanos em cada esfera de governo, com prioridade e programa aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.
184. Que o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos, retome a discussão do processo de reestruturação produtiva dos serviços de saúde frente ao conceito de transdisciplinaridade, amplamente debatido no último Congresso da ABRASCO.



185. Que a União, estados e municípios ampliem a sua atuação na realização de cursos de especialização e aperfeiçoamento em Saúde Pública, descentralizados por regionais de saúde.
186. Formar gerentes para o SUS com capacitação em administração pública, envolvendo gestores, assessores e dirigentes do SUS. Garantir a realização de programas de capacitação de gerentes para a gestão de Recursos Humanos, elaboração de projetos técnicos quanto ao sistema de informação, e outros.
187. Elaborar um Programa Nacional de Capacitação em Saúde Mental, com garantia de sua implementação, para capacitar profissionais da área de Saúde Mental no novo modelo psicossocial.
188. Garantir aos profissionais de saúde expostos a situação de risco uma capacitação em biossegurança e a aquisição de equipamentos de proteção individual.
189. Efetivar a abertura de novos cursos de formação de Recursos Humanos para a Saúde, inclusive ampliando o PROFAE e formando profissionais para adoção de fitoterápicos na rede pública.

FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA A SAÚDE

190. O eixo Formação de Pessoal para a Saúde corresponde aos argumentos de que o processo de qualificação dos profissionais de saúde se desdobra no exercício legal do SUS, como



ordenador da formação de Recursos Humanos para a Saúde; no papel do aparelho formador em sua interface com a sociedade e sustentação técnico-intelectual e político-intelectual do Sistema; e, em resposta à demanda por educação contínua aos profissionais de Saúde, para que acompanhem a produção de conhecimentos necessários à qualidade tecno-assistencial e à humanização da Atenção à Saúde. A Conferência destaca três frentes de análise/proposições:

- a) **Ordenamento da Formação de Recursos Humanos pelo SUS** – a necessidade de regulamentar o artigo 200 da Constituição Nacional; incentivar técnica, financeira e politicamente a expansão da pós-graduação em Saúde no Brasil; estabelecer regras nacionais de articulação entre o MEC, as Sociedades de Especialistas e o CNS, e passar ao SUS a decisão sobre especialidades a serem criadas ou extintas, bem como a regulamentação da diversificação dos papéis das profissões e das oportunidades formativas nos ambientes de trabalho da Saúde;
- b) **Redimensionamento do Papel dos Aparelhos Formadores em Saúde (universidades e escolas técnicas) no fortalecimento do SUS** – revisão das estruturas curriculares para que se enriqueçam com o debate da política, legislação e trabalho no SUS; articulação dos aparelhos formadores com os segmentos de Controle Social do SUS; estabelecimento de estruturas acadêmicas capazes de exercer o assessoramento permanente às comissões técnicas que debatem



- práticas, rotinas e métodos na Atenção à Saúde;
- c) **Educação Contínua em Saúde** – todos os aparelhos formadores e instâncias de serviços que atuam em ensino, pesquisa e desenvolvimento científico e/ou tecnológico devem propor sistemas de atualização do conhecimento para as diversas categorias profissionais.

Formação de Profissionais, Regulação e Papel da Universidade

191. Que os Conselhos de Saúde e de Educação criem critérios rígidos para regular a criação de novas instituições formadoras, a abertura de cursos e ampliação de vagas na área de Saúde e, dentre eles, seja considerada a necessidade social de cada região, no cumprimento à Lei n.º 8.080/90 – art. 6.º – parágrafo III, que diz estar no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de Recursos Humanos na área de Saúde. Que a aprovação se dê com base em pareceres dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, ouvidos os respectivos conselhos de categoria. Recomendar a participação da comunidade nos Conselhos Superiores das Universidades como forma de contribuir, acompanhar e fiscalizar a formação dos profissionais de acordo com as necessidades da população.
192. Cumprir a resolução da 10ª CNS no que se refere a Recursos Humanos, que diz: “revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos do nível



superior com a participação dos gestores SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS”. Implementar novas diretrizes curriculares para ensino médio e superior da área da Saúde, de modo a possibilitar modificação na formação dos profissionais, de acordo com a política proposta pelo SUS, incluindo e/ou ampliando, no currículo de cursos de formação dos profissionais da área da Saúde, disciplinas sobre Saúde Coletiva.

193. Articular mesas regionais e estaduais de discussões entre gestores, conselhos e órgãos formadores sobre a necessidade de adequar a formação profissional ao SUS, coordenada pelos Conselhos Regionais e Estadual de Saúde.
194. Integrar e articular as instituições públicas e filantrópicas de ensino com o SUS, fortalecendo as parcerias – universidade e sociedade – de tal forma que as universidades e órgãos formadores em geral também se responsabilizem pela capacitação continuada dos profissionais de saúde após a graduação; e que tenham, como parte da sua missão institucional, o aperfeiçoamento do SUS em sua região e a educação continuada dos profissionais da rede. Garantir uma escola integrada com os serviços, com gestão democrática e horizontalizada, partilhada com o SUS, que problematize as questões de Saúde da sua região, seu País e seu mundo; e que atue na



proposição de mudanças com e para a sociedade, por exemplo, em cursos de extensão. Garantir uma escola que seja orientada para o ser humano, que produza um profissional qualificado do ponto de vista científico, técnico, humano, ético, crítico, atuante e comprometido socialmente com a luta pela saúde de seu povo. Garantir uma escola que também produza conhecimento (pesquisa) para o Sistema de Saúde.

195. Estabelecer parceria entre Conselho de Saúde, gestores e o conjunto dos órgãos formadores, para definição de prioridades das demandas de cursos, tanto de graduação como de pós-graduação, para gestores e todos os trabalhadores, estendendo o processo de residência à equipe multidisciplinar. Estimular a viabilização de campos de estágio e atividades de extensão em municípios que trabalhem com diferentes formas de organização dos serviços, promovendo a discussão e proposição de uma nova lógica de Atenção à Saúde.
196. Reorganizar os programas de residência e regulamentar o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva junto ao MEC. Os estados e a União devem utilizar residentes das universidades públicas nos programas de saúde, inclusive nas equipes do PSF, mediante pagamento de bolsas, com base na Lei de Prestação do Serviço Civil.
197. Posicionar-se contra a abertura indiscriminada e sem critérios de novos cursos de Farmácia.



Lutar pelo retorno da avaliação prévia pelos CES sobre a necessidade social e viabilidade para essa abertura. Cobrar do MEC a justificativa da aprovação da abertura de tais cursos.

198. Formar profissionais para o uso de fitoterápicos na rede pública.
199. Efetivar a abertura de novos cursos de formação de Recursos Humanos para a saúde, inclusive ampliando o PROFAE para outros cidadãos.
200. Promoção de parcerias visando a uma cooperação técnica entre gestores, prestadores e instituições de ensino, para ampliar o conhecimento sobre os temas vinculados à Saúde e sua divulgação para a sociedade; e estabelecer parcerias com universidades, para implementação das ações de Educação em Saúde junto às populações.

Educação Continuada

201. Garantir aos Recursos Humanos em Saúde processos permanentes de Educação Continuada, nas três esferas de governo, inclusive sobre os princípios e diretrizes do SUS e conceitos básicos em Saúde Pública. Que todo profissional de saúde tenha treinamento de ingresso nos serviços, e que os governos federal, estaduais e municipais assumam a sua parcela de responsabilidade com o financiamento do SUS, de forma a facilitar o encaminhamento da necessária qualificação dos Recursos Humanos para o Sistema.



202. Desenvolver parcerias entre sistemas de saúde e instituições de ensino do município, para estabelecimentos de Programas de Educação Permanente em caráter contínuo, sistemático e priorizando a temática de Promoção da Saúde com a participação da comunidade.
203. Garantir que o processo de educação continuada tenha pontuação como critério para renovação dos registros nos respectivos Conselhos, para estimular a efetiva qualificação dos trabalhadores de saúde.
204. Utilizar a Rede Nacional de Informações em Saúde para a formação e qualificação (Educação Continuada) de profissionais no âmbito dos serviços de Vigilância e Saúde Coletiva, e criar curso de Vigilância Epidemiológica para agentes de saúde.
205. Descentralizar e regionalizar as ações das Escolas de Saúde Pública, para uma melhor qualificação e educação continuada dos trabalhadores da Saúde.

PROCESSOS DE EDUCAÇÃO PARA O SUS

206. O eixo Processos de Educação para o SUS corresponde às diversas proposições que sugerem processos formativos no âmbito do SUS: conteúdos para a escola básica; conteúdos e métodos para a educação popular; conteúdos, métodos e estratégias políticas para os movimentos



populares e sindicais organizados, sistematização e regularidade de informes e vivências para os legisladores e ocupantes de cargos no Poder Executivo; articulação entre ONGs, instituições de ensino e outros órgãos governamentais, além da saúde, para capacitar conselheiros de saúde, configurar assessorias aos Conselhos de Saúde, e compor ações de fiscalização e regulação no SUS. A capacitação de Conselheiros surge como desafio à composição de agendas locais, estaduais e nacionais de educação para o controle da sociedade sobre o SUS. Há uma sutil concorrência de duas vertentes propositivas: uma vertente que confunde a capacitação com a profissionalização dos Conselheiros, por meio de um processo de formação contínua, como se não houvesse renovação dos representantes institucionais e, por essa linha, os conselheiros seriam como que “trabalhadores dos Conselhos”; e outra vertente que respeita o caráter representativo dos Conselheiros e propõe processos formativos às entidades representadas, com agendas de debate sobre sua participação em Saúde (não é fácil discriminar as duas posições, mas são claramente detectáveis).



Formação de Pessoal das Áreas de Fortalecimento do SUS

207. O eixo Formação de Pessoal das Áreas de Fortalecimento do SUS corresponde às recomendações de capacitação formal e informal dos profissionais do campo da Justiça e do Direito (advogados, magistrados, procuradores, promotores etc.), e do campo da Fazenda e da Economia (órgãos fazendários, de contabilidade, de economia etc.), abrangendo: as assessorias internas às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; os órgãos públicos municipais, estaduais e federais de planejamento, da administração, da fazenda e da justiça; os tribunais de contas; o Ministério Público; o Poder Judiciário e outros.

POLÍTICAS DE INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO (IEC) NO SUS

Democratização das Informações

208. As Políticas de IEC devem compreender o fortalecimento da cidadania e do Controle Social visando a melhoria da qualidade e humanização dos serviços e ações de Saúde; devem contribuir para o acesso das populações socialmente discriminadas aos insumos e serviços de diferentes níveis de complexidade; devem



garantir a apropriação, por parte dos usuários e população geral, de todas as informações necessárias para a caracterização da situação demográfica, epidemiológica e sócioeconômica; estarem voltadas para a Promoção da Saúde, que abrange a prevenção de doenças, a educação para a saúde, a proteção da vida, a assistência curativa e a reabilitação sob responsabilidade das três esferas de governo, utilizando pedagogia crítica que leve o usuário a ter conhecimento também de seus direitos; dar visibilidade à oferta de serviços e ações do SUS; motivar os cidadãos a exercerem os seus direitos e cobrarem as responsabilidades dos gestores públicos e dos prestadores de serviços de Saúde.

209. As políticas de IEC devem reafirmar a importância da democratização das informações, como única possibilidade de evidenciar a desigualdade de acesso a dados de interesse público, o que vem permitindo a sustentação de governos descomprometidos com a transformação da situação de Saúde.
210. Institucionalização de uma Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde, com diretrizes previstas nos Planos de Saúde e deliberadas pelos conselhos e conferências; que integre, via Internet e outros meios de comunicação, os Conselhos de Saúde, Poder Executivo (os três níveis), Comissões Intergestores, Poder Legislativo, Ministério Público e todos os segmentos envolvidos com o Controle Social.



211. São funções e compromissos da Rede: mobilização popular em defesa do SUS e do cumprimento das deliberações do Controle Social; denúncias sobre descumprimento da legislação do SUS, desvios e corrupção; capacitação de conselheiros; resgate do papel dos núcleos e centros de IEC dos órgãos gestores para que invistam em educação permanente e Controle Social; criação de salas de situação para divulgação de informações e Promoção da Saúde da população.
212. A Rede levará em conta diversos espaços de interlocução que devem ser incentivados: plenárias abertas e descentralizadas; sessões de prestação de contas; fóruns de debates nas localidades que não têm Conselhos Municipais, com vistas à sua formação; fóruns de acompanhamento dos trabalhos legislativos; audiências públicas; Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde; fóruns municipais e intermunicipais de Conselhos de Saúde; reuniões itinerantes de Conselhos; parcerias com universidades, organizações não-governamentais, instituições de ensino públicas e privadas e outros órgãos técnicos e governamentais; instâncias que discutem o orçamento participativo; conselhos gestores locais; ouvidorias nos Conselhos e nas unidades de saúde; instrumentos de recepção e encaminhamento de denúncias; mecanismos de consultas aos usuários sobre os procedimentos realizados pelos serviços próprios, contratados e conveniados; Comitês de Cidadania; Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).



213. O financiamento das ações, projetos e programas de IEC deverá estar previsto e incluído no orçamento dos Fundos de Saúde nas três esferas de governo, com uma rubrica específica para essas despesas.
214. O Ministério da Saúde, estados e municípios devem financiar ações e projetos de IEC, implementados pelo Terceiro Setor, com acompanhamento dos Conselhos de Saúde.
215. A comunicação transparente e democrática entre governo e sociedade, comprometida com o SUS e o Controle Social, deve-se valer de diferentes mídias: internet, grande imprensa, rádios AM e FM, rádios comunitárias, boletins, jornais de bairro, televisão aberta, emissoras setoriais, veículos próprios do governo, mídia do Terceiro Setor e de todos os segmentos envolvidos com o Controle Social.
216. Os meios de comunicação devem veicular campanhas de massa e dirigidas, além de materiais educativos que considerem as diversidades de raça/etnia, classe, gênero, aspectos regionais e culturais. Devem ser elaboradas por recursos humanos capacitados, com participação das áreas técnicas governamentais e representantes do público-alvo, abordando os reais problemas de saúde da população como doação de órgãos, alcoolismo, drogas, obesidade, sedentarismo e outros.
217. Ressaltar a importância dos Agentes Comunitários de Saúde como profissionais estratégicos na Política de IEC do SUS.



Produção, Organização e Uso das Informações

218. Organizar, a partir dos municípios, um sistema confiável e operante de vigilância epidemiológica e agravos à Saúde, de forma a permitir a tomada de decisão com base em dados confiáveis. Da mesma forma, organizar um sistema de comunicação entre os municípios para troca de experiências e informações epidemiológicas sobre agravos à Saúde.
219. Conscientizar os secretários e profissionais de saúde quanto a importância da utilização de dados concretos e de qualidade para planejar e avaliar o trabalho realizado.
220. Garantir a produção de informações qualificadas sobre as condições sanitárias e de vigilância epidemiológica, incluindo as condições sociais, culturais e econômicas, que podem dar a dimensão social da saúde da população, visando ações governamentais e da sociedade.
221. Agregar novas variáveis socioeconômicas e indicadores de causas externas nos registros padronizados do SUS, a fim de estabelecer nexos causais da situação da saúde com as condições de vida.
222. Produzir informações para populações indígenas, elaboradas pelas próprias comunidades e divulgadas por meio de mídia apropriada.



223. Incluir os conceitos de “diferença”, “diversidade” e “vulnerabilidade” buscando transformações das ações de IEC nos diversos níveis de gestão do SUS.
224. Implementar mudança cultural e ações que superem as resistências ao uso de informações e tecnologias mais avançadas na gestão da Saúde. Promover a participação democrática da população na definição sobre a utilização das informações e da incorporação tecnológica.
225. Democratizar os dados monopolizados pelo MS, Secretarias Municipais e Estaduais possibilitando análises situacionais adequadas, planejamento, execução e Controle Social em Saúde.
226. Transformar os bancos de dados já existentes em informações, para que as pessoas possam avaliar e acompanhar o desenvolvimento das ações.
227. O MS deve investir maciçamente na implantação de uma rede nacional de informação, visando a divulgação inclusive de ações de vigilância em saúde.
228. Estabelecer um Sistema de Informações com caráter intersetorial, abrangendo toda a rede do SUS e outros setores de políticas públicas. Sem perder o controle público, estabelecer um sistema único de informação, evitando o preenchimento de vários formulários e respeitando as necessidades de cada esfera de governo.
229. Criar Comissão de Informação em Saúde nos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, com a participação de



sociedades científicas, instituições de pesquisa, usuários e conselhos profissionais.

230. Criar uma rede de Comitês de Ética e Segurança das Informações, com a participação direta de representantes dos usuários do SUS e da sociedade em geral. Com isso, estabelecer um espaço de interlocução com a sociedade civil, articulando iniciativas entre vários setores, tais como Ministério Público, Ministério e Secretarias da Saúde, sociedades científicas, Comitês de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, entre outros.
231. Assegurar que os programas utilizados no sistema de informática sejam compatíveis, para que as informações resultantes possam ser democratizadas mais facilmente, entre usuários, trabalhadores e gestores.
232. Melhorar as notificações, para que haja maior qualidade e planejamento dos serviços, a partir de indicadores epidemiológicos mais confiáveis. Para o combate à subnotificação dos agravos e doenças, exigir maior empenho dos profissionais, especialmente os médicos, e criar mecanismos que obriguem o preenchimento legível dos formulários dos sistemas de informação.
233. Destinar verbas do REFORSUS para construir sistemas de informações adequados nos municípios; e estender a informatização (Intranet) às unidades básicas de saúde e à rede hospitalar;



234. Aperfeiçoar o sistema de informação sobre os problemas de saúde que atingem as mulheres em todas as faixas etárias; e garantir o funcionamento efetivo dos Comitês de Mortalidade Materna e de Mortalidade Infantil, sem intervenção política dos gestores.
235. Implementar, difundir e fortalecer os serviços e comitês de verificação de óbitos para melhorar a qualidade da informação coletada, exercendo efetiva vigilância epidemiológica dos óbitos, investigando as situações definidas como prioritárias em cada sistema local.
236. Criar foro para padronização de vocabulário, conteúdo e trocas eletrônicas de dados a serem implementados em todos os Sistemas de Informação de Saúde, com a participação de sociedades científicas, instituições de pesquisa, prestadores de serviços, conselhos profissionais e governo.
237. O Ministério da Saúde deve incluir nos seus indicadores o quesito cor.
238. Criar um banco de dados que integre as informações das vigilâncias sanitárias e epidemiológicas para se conhecer melhor o perfil das populações.
239. Criar sistema de informação sobre Saúde do Índio.
240. Integrar os bancos de dados dos IML e SVO, da Secretaria de Segurança, com o SUS.



Transparência da Gestão

241. Implantar um sistema único referencial de registro/contábil dos recursos financeiros do SUS transferidos e aplicados, a fim de possibilitar o acompanhamento público e fiscalização de todas as receitas e despesas.
242. Garantir que os Planos de Saúde e os relatórios de gestão sejam elaborados em linguagem acessível para qualquer cidadão.
243. Criar planilha nacional simplificada sobre planos de aplicação e prestações de contas, em linguagem acessível, para facilitar a fiscalização dos Conselhos de Saúde sobre os gastos dos gestores.
244. Divulgar periodicamente, por meio da imprensa e audiências públicas, informações detalhadas sobre a execução orçamentária na área de saúde, bem como os resultados das auditorias das contas públicas, nos três níveis de gestão. Adotar e divulgar o orçamento participativo em todas as esferas de governo, entendendo o mesmo como instrumento para a garantia da transparência e equidade na alocação dos recursos públicos.
245. Aperfeiçoar os instrumentos de informação dirigidos aos estados e municípios sobre recursos financeiros, incluindo orientação sobre como obtê-los.



246. O Ministério Público, em conjunto com os Conselhos de Saúde, deve fazer cumprir a Lei nº 8.689, Artigo 12 e o Decreto Federal nº 1.651, Artigo 9º, que determinam a apresentação de relatórios trimestrais pela direção do SUS em cada esfera de governo.
247. Informar os Conselhos de Saúde sobre todo e qualquer repasse de verbas entre diferentes esferas de governo, assegurando-lhes o acesso regular aos extratos bancários do Fundo de Saúde, para que possam acompanhar a sua execução. Todos os Fundos de Saúde deverão estar sob controle do Conselho da respectiva esfera de governo.
248. Assegurar aos Conselhos o poder de solicitar auditorias relacionadas com o funcionamento das diversas instâncias do SUS, sendo o resultado das mesmas publicado em Diário Oficial com recomendações e ajustes que, se não cumpridos, serão encaminhados ao Ministério Público e amplamente divulgados.
249. Elaborar relatórios contábeis-financeiros e de acompanhamento da execução orçamentária padronizados pelo CNS, com linguagem clara e didática, a serem apresentados em forma de cartilhas ou manuais para leigos.
250. Informar sistematicamente os Conselhos de Saúde sobre as compras, reformas e investimentos realizados no âmbito do SUS.



251. Os Conselhos de Saúde devem receber os relatórios de auditoria realizados em hospitais contratados e outras unidades que recebam verbas do SUS.
252. Divulgar com antecipação as Conferências de Saúde, inclusive entre as cidades do interior, para garantir maior participação.
253. Criar uma lei (a exemplo da Lei Eleitoral que divulga as propostas dos partidos) que permita a divulgação permanente das ações de saúde, instituindo a obrigatoriedade de espaços na mídia (rádio, TV, jornais e revistas) de informativos relacionados à atuação dos Conselhos de Saúde e do SUS.
254. Apoiar a constituição do Conselho Nacional de Comunicação, em defesa de uma imprensa independente.
255. Definir critérios, indicadores, metas e avaliação de impacto para ações de IEC, prevenção, proteção e promoção no sentido de orientar a alocação de recursos para a área. Garantir a fiscalização dos gastos de serviços contratados de IEC, na lógica da gestão participativa.
256. Os gestores municipais, estaduais e federal do SUS devem ampliar as estratégias de pesquisa de opinião dos usuários sobre os serviços e procedimentos realizados pelos prestadores. Essas pesquisas devem ser realizadas por instituições



idôneas, recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde, instância que também deve aprovar as metodologias.

Controle Social

257. Estimular a formação nos Conselhos de comissões temáticas permanentes de IEC, bem como a manutenção de veículos de comunicação próprios e independentes, com suporte técnico garantido pelos gestores.
258. Assegurar aos Conselhos condições para a contratação de assessores específicos nas áreas de IEC, jurídica, de orçamento e outras.
259. Institucionalizar o *site* da Conferência Nacional de Saúde On-line com o endereço **cnsonline.org.br**, de forma a lhe dar uma identidade que favoreça sua divulgação e fortalecimento, criando um Conselho Editorial com a participação de todos os segmentos representados da 11ª Conferência Nacional da Saúde que garanta a aplicação dos seus princípios e objetivos. Buscar fontes de financiamento que possam dar à CNS *On Line* mais efetividade e interatividade com os usuários.
260. Cada Conselho e serviço de saúde deve ser equipado com computador ligado à internet, permitindo a constituição de uma rede acessível à população.



261. As atas dos Conselhos devem ser informatizadas e divulgadas pela internet. As deliberações dos Conselhos deverão ser publicadas em veículos de comunicação oficial e de massa, no prazo de 72 horas após as respectivas reuniões.
262. Os conselheiros de saúde devem identificar-se na mídia como tal. O Ministro da Saúde, em qualquer circunstância e ocasião, especialmente quando se apresentar em cadeia nacional de rádio e TV, deve identificar-se também como presidente do Conselho Nacional de Saúde.
263. O CNS e o MS devem divulgar amplamente as deliberações da 11ª Conferência Nacional de Saúde, utilizando meios de comunicação de massa e material didático popular.
264. Deve ser feito um amplo trabalho de comunicação social de valorização do Controle Social, recorrendo às diferentes mídias e grande imprensa, inclusive com a criação de *sítes* na internet. O Ministério da Saúde deve promover campanha nacional de esclarecimento sobre o papel, as funções e as ações dos Conselhos de Saúde.

Ministério Público e Legislativo

265. Informar a população sobre o papel do Ministério Público, para que ele seja acionado em qualquer situação que represente risco à Saúde.



266. Criar mecanismos de comunicação permanente entre os Conselhos de Saúde e o Ministério Público, incluindo reuniões conjuntas; informar ao MP as deliberações das conferências e levar regularmente ao seu conhecimento as deliberações dos Conselhos de Saúde.
267. Desenvolver estratégias de comunicação para que a população e o Ministério Público se apropriem do conceito de relevância pública conferido à Saúde pela Constituição.
268. Estabelecer canais de comunicação entre os poderes Legislativo e Judiciário e a população, ampliando o comprometimento com o acesso, a qualidade e a humanização da atenção à Saúde, e objetivando leis que implementem/regulem as ações locais de saúde e seu controle social, não permitindo a degeneração do caráter deliberativo dos Conselhos.
269. Definir estratégias de IEC diferenciadas e específicas para grupos vulneráveis, com articulações inter-conselhos (como os tutelares). Buscar o aprimoramento das legislações e normas capazes de garantir o direito integral à Saúde aos índios, mulheres, negros, crianças, idosos, homossexuais, portadores de patologias e deficiências, dentre outros grupos e minorias discriminadas.

Acesso e Qualidade dos Serviços de Saúde

270. O MS deve melhorar a comunicação sobre seus programas, projetos e financiamento da saúde.



271. Deve ser estimulado o debate democrático entre os servidores de saúde e a população, para definição do melhor horário de funcionamento das unidades básicas de saúde.
272. Desenvolver estratégias para reverter a imagem negativa do SUS, que deve ser tratado pelos meios de comunicação (de massa e alternativos) como “o melhor plano de saúde ao alcance do cidadão”.
273. Todos os serviços de saúde contratados devem, obrigatoriamente, afixar placas informativas sobre os serviços prestados, deixando clara sua relação com o SUS.
274. Desenvolver campanhas de divulgação do SUS, incluindo informações sobre os serviços existentes, endereços e os procedimentos cobertos pela rede pública.
275. Implantar e ampliar serviços de Disque-Saúde para atendimentos, informações, queixas e denúncias.
276. Implementar nos municípios centrais de marcação de consultas; articular serviços e internações com o Cartão SUS; fiscalizar as centrais já existentes; instituir serviços de Disque-Saúde locais, gratuitos, que facilitem o acesso dos usuários a consultas e internações.
277. Exigir que pacientes e familiares sejam informados pelos profissionais sobre os procedimentos, riscos e benefícios do tratamento.



278. Agilizar a implantação das “Centrais de Vagas” como sistema de referência e contra-referência, baseado em critérios de necessidades; reorganizar e descentralizar o processo de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), garantindo transparência nos agendamentos das referências regionalizadas, com ampla divulgação sobre as regras de operação e com Controle Social em cada unidade.
279. Divulgar entre a população a existência de órgãos e conselhos fiscalizadores das profissões , no sentido de coibir a má prática profissional.
280. As unidades de saúde devem expor à população, em quadro de aviso ou mural, as normas de trabalho dos profissionais, especialidades disponíveis, horário de trabalho de cada servidor, viabilizando o controle social.

Programas Específicos

281. Utilizar a Rede Nacional de Informações em Saúde para a formação e qualificação (Educação Continuada) de profissionais no âmbito dos serviços de vigilância e saúde coletiva.
282. Desenvolver Curso para capacitação de gestores e processo de informações aos prefeitos a respeito do SUS. Capacitar gestores na elaboração de projetos técnicos quanto ao sistema de informação.



283. Garantir, nos currículos dos cursos de formação de recursos humanos para a saúde, conteúdos de comunicação interpessoal, com o objetivo de melhorar as relações dos profissionais de saúde entre si e com os usuários.
284. Adotar estratégias de IEC para eliminar a subnotificação de óbito materno e reduzir a mortalidade materna, destacando-se a garantia de acesso das mulheres em idade reprodutiva a serviços de qualidade e a implementação de Comitês de Mortalidade Materna com participação da sociedade civil.
285. Divulgar, no âmbito do SUS, a norma técnica de serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, garantindo assim o exercício desse direito.
286. O MS deve realizar campanha de massa pelo uso racional de medicamentos e adotar medidas contra a propaganda de medicamentos nos meios de comunicação de massa.

Estratégias de Divulgação

287. Os usuários e servidores do SUS devem ter acesso a informações de forma clara e adaptada à sua compreensão, por meio de diferentes meios de comunicação (a exemplo de cartilhas e folhetos), abordando serviços e programas de saúde disponíveis, projetos e recursos da área da Saúde, legislação do SUS, direitos e deveres dos pacientes.



288. Produzir e distribuir materiais informativos (a exemplo de cartilhas), que apresentem o papel dos Conselhos e dos Conselheiros, dirigidos a usuários, prefeitos, secretários, promotores e juizes, além das unidades de saúde da rede de serviços. Esse material deve conter as possibilidades de atuação conjunta com o Ministério Público, de forma a defender o SUS e garantir os direitos do cidadão.
289. Expandir o Canal Saúde para os meios formais de comunicação e TV aberta, bem como das rádios comunitárias, garantindo o tratamento de temas de saúde em seus aspectos locais.
290. Divulgar nos meios de comunicação locais o calendário das reuniões dos Conselhos de Saúde, visando a garantir a participação da população.
291. Divulgar nacionalmente legislações e experiências regionais e locais bem sucedidas, a exemplo do Código de Defesa dos Usuários em Saúde (lei estadual do Dep. Roberto Gouveia – SP) e “Municipalização Solidária” do RS.
292. Veicular informações sobre todos os serviços de prevenção e assistência do SUS.
293. Os serviços de Disque-Denúncia e Disque-Saúde devem encaminhar para os Conselhos de Saúde, e não apenas para os gestores, as denúncias, solicitações e demandas dos usuários.
294. Implantar “quiosques de informação”, de fácil manuseio e entendimento sobre disponibilidade



de oferta de serviços (procedimentos, leitos, filas, serviços de alta complexidade), com atualização diária.

295. Promover um processo permanente de educação em saúde por meio do rádio (AM, FM e rádios comunitárias).
296. Reconhecer as rádios comunitárias como instrumentos públicos de comunicação e divulgação dos interesses da sociedade, do SUS e da Saúde em geral, pressionando o governo para que agilize a legalização das concessões (regulamentação da Lei nº 9612/98).



11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

COMISSÃO ORGANIZADORA



11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

COMISSÃO ORGANIZADORA

COMITÊ EXECUTIVO

COORDENADORA

RITA BARRADAS BARATA

SECRETÁRIA GERAL

MARIA ANGÉLICA GOMES (ANVS)

RELATORA GERAL

MARIA ELIZABETH DINIZ BARROS (SIS/MS)

COLEGIADO DE COORDENAÇÃO

CARLYLE GUERRA DE MACEDÓ (OPS/CNS)

DAVID CAPISTRANO (SPS/MS)

GILSON CANTARINO O'DOWYER (SES/RJ)

JÚLIO MÜLLER NETO (SES/MT)

NELSON RODRIGUES DOS SANTOS (CNS)

SÍLVIO MENDES DE OLIVEIRA FILHO (SMS/TERESINA)

GRUPO CONSULTIVO

COORDENAÇÃO

ZILDA ARNS NEUMANN (CNBB/ CNS)

ANA MARIA LIMA BARBOSA (CNS)

ARNALDO AGENOR BERTONI (MS)

AUGUSTO ALVES DE AMORIM (CNA/CNS)

CARLOS MARTINS (CONAM /CNS)

JOSÉ LUIZ SPIGOLON (CMB/CNS)

JÚLIA M.S. ROLAND (CUT/CNS)

MARIA LUIZA JAEGGER (CONASS/ SES/RS)

MARIA NATIVIDADE G. S. T. SANTANA (ABEN /CNS)

NEILTON ARAÚJO DE OLIVEIRA (CONASEMS/ SMS/PALMAS)

ASSESSORIA DE PROGRAMAÇÃO

COORDENAÇÃO

PATRÍCIA LÚCHESE (ENSP/FIOCRUZ);

JAIRNILSON PAIM (INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA/ UFBA);

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA (ABRASCO/ INST.DE MEDICINA SOCIAL/UERJ);

MOISÉS GOLDBAUM (DEP.DE MEDICINA PREVENTIVA/ FAC. MEDICINA USP);

NILO BRETAS JUNIOR (CONASEMS);

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA (IPEA);

SÍLVIO MENDES DE OLIVEIRA JÚNIOR (CONASEMS);

SOLON MAGALHÃES VIANNA (IPEA)

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

COORDENAÇÃO

MÁRIO SCHEFFER (CNS);

ARLINDO FÁBIO GOMEZ DE SOUSA (CANAL SAÚDE /FIOCRUZ);

CARLOS WILSON (OPAS);

EDSON FAXINA (PASTORAL DA CRIANÇA)

ERIC ALVES (MS)

FERNANDO CARTAXO (CNS)

FERNANDO COUTO (ASCOM/MS)

MARIA FILOMENA DA PAIXÃO (MS)

MARIONETA QUEIROZ (MS)

PAULO HENRIQUE DE SOUZA (CNS)

RAIMUNDO RODRIGUES (MS)

ROBERTO PIZA (MS)



11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

ASSESSORIA DE ARTICULAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

COORDENAÇÃO

ARTUR CUSTÓDIO DE SOUSA (MOHAN/CNS)
ADALGISA ARAÚJO (Plenária de Conselheiros)
JOSÉ LOURENÇO BROTAS NETO (Plenária de Conselheiros)
JOSÉ TEÓFILO CAVALCANTE (Plenária de Conselheiros)
JÚLIO NEVES (Plenária de Conselheiros)
MARIA DO ESPÍRITO SANTO SANTOS (Plenária de Conselheiros)
MARIA DE LOURDES RIBEIRO (Plenária de Conselheiros)
PAULO CARVALHO (Plenária de Conselheiros)
PEDRO OLIVEIRA (Plenária de Conselheiros)
RAIMUNDO NONATO SOARES (Plenária de Conselheiros)
WANDERLI MACHADO (Plenária de Conselheiros)

ASSESSORIA DE ORGANIZAÇÃO

COORDENAÇÃO

MARYLENE ROCHA DE SOUZA (ASCOM/MS)
JOÃO BATISTA GIOVANINNI (ASCOM/MS)
PAULO RICARDO ORNELLAS (ASCOM/MS)

CRENCIAMENTO DE DELEGAÇÕES

COORDENAÇÃO:

CLÁUDIA SPÍNOLA (ANVISA)
BERTRAND RUSSEL ALMEIDA
SILVANA MARQUES

APOIO ADMINISTRATIVO

COORDENAÇÃO

CLÁUDIA REGINA DE LIMA MACEDO
ANDREA CARLA NOVAES DE ALMEIDA
EDUARDO RIZZOTO; CRISTIANE VASCONCELOS
JOÃO RICARDO RORIZ TORMIN
GILBERTO HERBERT DE LIMA
OLGA SANGALETTI DE LIMA

ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

RELATORA GERAL

ELIZABETH BARROS

RELADORES DE SÍNTESE

ALCINDO FERLA
ANA MARIA COSTA
ARMANDO DE NEGRI
ÁUREA MARIA DA ROCHA PITTA
CARLOS ALBERTO KOMORA VIEIRA
CELINA SETSUKO KAWANO
FLÁVIO GOULART
FLÁVIO MAGAJEWSKI
JOSÉ DA ROCHA CARVALHEIRO
PAULO E. MANGEON ELIAS
RICARDO CECCIN
SÔNIA MARIA SOUZA CAVALCANTI

RELATÓRIO FINAL



11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

SORAYA MARIA VARGAS CÔRTEZ
ZILDA BARBOSA

RELATORES DE GRUPOS

DELIR RODRIGUES DA VEIGA
ADEMAR ARTHUR CHIRO DOS REIS
ALEJANDRA ANA ROTANIA DE POZZI
ALFREDO JOSÉ MONTEIRO SCAFF
ALUÍSIO BARROS DA SILVA FILHO
ÁLVARO HIDEYOSHI MATIDA
ANA DE MIRANDA BATISTA
ANA INÊS SOUSA
ANA MARIA AULER MATHEUS PERES
ANA VICENTINA SANTIAGO DE SOUZA
ANTÔNIA LOPES DOS SANTOS
ANTÔNIA MACHADO
ARMANDO DE NEGRI
CARLOS ALBERTO KOMORA VIEIRA
CARLOS HENRIQUE GORETTI ZANETTI
CLÁUDIA - SC
CLÁUDIA REGINA LEITÃO DA SILVEIRA
CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO
DARIO FRANCISCO SALLES
DOUGLAS MACHADO
FLÁVIO GOULART
FRANCISCO CARLOS BERNAL
FRANCISCO PASCALICHIO
GESSYANE VALE PAULINO
GILBERTO ESTRELA SANTIAGO
ILARA HÄMMERLI SOZZI DE MORAES
JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA
JOSÉ PAULO VICENTE DA SILVA
KÁTIA MARIA GUIMARÃES DE ANDRADE
LIA GIRALDO DA SILVA AUGUSTO
LILIANE PARREIRA TANNUS GONTIJO
LUCIANO A. PRATES JUNQUEIRA
LUCINÉIA MORELI MACHADO
LUÍS AUGUSTO ARAÚJO MARQUES
LUIZ MORAIS DE REZENDE
MARCELO LUCIANO VIEIRA
MARCIA LOTUFO
MARCOS ESTEVÃO CALVO
MAREMA DE DEUS PATRÍCIO
MARIA ALICE TIRONI
MARIA DA CONCEIÇÃO MARQUES DO Ó
MARIA DE FÁTIMA DE AZEVEDO FERREIRA
MARIA DO SOCORRO BORGES BARBOSA
MARIA DO SOCORRO CORDEIRO FERREIRA
MARIA ELIZABETH CARDOSO SIQUEIRA
MARIA ERIVANDA COSTELO MEIRELLES
MARIA LUISA DE BARROS CARVALHO
MARIA MOEMA BORGES LEAL BRITO
MARÍLIA C. PRADO LOUVISCN
MARINA CONCEIÇÃO BENITEZ
MARY A. GUIMARÃES
MAURO LIMA GOMES

NICANOR RODRIGUES DA SILVA PINTO
NILO BRÊTAS JÚNIOR
OVIROMAR FLORES
PATRÍCIA QUEIROZ AUCÉLIO
PAULO ROBERTO BOFF
PEDRO LUIZ TAUIL
PÉRSIO PLENSACK
REGINA RODRIGUES DE MORAES
RITA DOS REIS E SOUZA
ROSEMARIE ANDREAZZA
RUTH TEREZINHA KEHRIG
SANDRA MARIA SPEDO
SANDRA SUZANA PRADE
SEBASTIÃO ALMEIDA
SILVANA MARCIA MEDEIROS
SIMONE GUERESI DE MELLO
TELMA THIBES RODRIGUES LI
VALDEMAR DE ALMEIDA RODRIGUES
WALTER LYRIO DO VALLE
ZILDA BARBOSA

COORDENADORES DE GRUPOS

ANTÔNIO PITHON CYRINO
ALDENORA PEREIRA DA SILVA
ALINE
ANA PAULA RECH CORREA
ANTONIO CARLOS BORBA CABRAL
ANTONIO EUSTÁQUIO MAIA
ANTONIO JOSÉ GUERRA
ARILDA SÃO SABA PUCU
BIANCA EASTWOOD GRUGINSKI
CARLOS ALBERTO
CARLOS APARÍCIO CLEMENTE
CARLOS EDUARDO AGUILERA CAMPOS
CLÁUDIA OCHS MACIEL
CLÁUDIO BRASIL
DOUGLAS FRANCISCO KOVALESKI
EDINÁ ALVES DA COSTA
EDUARDO AUGUSTO FERNANDES NILSON
EDUARDO MOTTA
ELIANA GOLDFARB CYRINO
ELZIRA MARIA DO ESPÍRITO SANTO
EUNICE CALDAS F. DANTAS DE ABREU
FERNANDA LAZARRI FREITAS
FLÁVIA HENRIQUE
FRANCISCO PEDROSA DA SILVA
GESSYANE VALE PAULINO
GIOVANA BACILIERI SOARES
ISLENE ARAUJO DE CARVALHO
JACINTA DE FÁTIMA SENNA DE SOUSA
KÁTIA REJANE COSTA REICHOW
LENAURA VASCONCELOS COSTA LOBATO
LIZALDO ANDRADE MAIA
LOURIVALDO RODRIGUES DE SOUZA
MARCOS ANTÔNIO GOMES PERES



11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

MARCOS VINÍCIOS DE OLIVEIRA SILVA
MARIA AMÉLIA DA SILVA COSTA
MARIA APARECIDA SIQUEIRA QUEIROZ
MARIA AUGUSTA DA COSTA PROBA
MARIA DA CONCEIÇÃO C. MAGALHÃES
MARIA DE LOURDES RABELO
MARIA GORETI GONÇALVES SELAU
MARIA GORETTI
MARIA JULIANA MOURA CORREA
MÁRIO GRASSI
MARISMARY HORSTH DE SETA
MARGARET BARONI
MARTA ROBERTA SANTANA COELHO
ODILENE DO SOCORRO P. DA SILVA
OZÓRIO PAIVA FILHO

REGINA COELI P. DE MELLO
ROSÂNGELA MARIA SOBRINHO SOUSA
SELMA REGINA DE ANDRADE
SÉRGIO GRECCO
STÊNIO DIAS PINTO RODRIGUES
SUELY OLIVEIRA
THEREZINHA FARIA DA COSTA
VALDIR ARAUJO
VANDERLÉIA LEODETE PULGA DARON
VANJA DA CUNHA BEZERRA
VERA BACELAR
VERA BARONI
WALDEMAR JOSÉ SÁ DE AZEVEDO
ZULEIDE MARIA CARVALHO GUIMARÃES

Normalização, revisão, editoração e impressão
EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefones: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília-DF, julho de 2002
OS 0001/2002