

**MUNICIPALIZAÇÃO
É O CAMINHO**

**IX
CONFERÊNCIA
NACIONAL
DE SAÚDE**

RELATÓRIO FINAL

**AGE
WA30DB8
3823cf
. ed., e.3
992**

**IX CONFERÊNCIA
NACIONAL
DE
SAÚDE**

RELATÓRIO FINAL

Brasília-DF, 14 de Agosto de 1992.

TÉRIO DA SAÚDE

o: Jamil Haddad

e Gabinete: Carlos Siqueira

rio Executivo: José Alberto Hermógenes de Souza

rio de Administração Geral: Jocelino Francisco de Menezes

rio de Vigilância Sanitária: Roberto Gabriel Chabo

rio de Assistência à Saúde: Carlos Eduardo Venturelli Moscon

TÉRIO DA SAÚDE por ocasião da realização da Etapa Nacional de
ncia Nacional de Saúde:

o: Adib Jatene

le Gabinete: Edmur Flávio Pastorello

rio Executivo: José Carlos Seixas

rio de Administração Geral: Márcio Reinaldo Dias Moreira

rio de Vigilância Sanitária: João Batista Risi Júnior

rio de Assistência à Saúde: José da Silva Guedes

Brasília, fevereiro de 1993

BIBLIOTECA	
Ministério da Saúde	
Registro	Aquisição
MF 0030	Doação R\$10,00
Data	e. 2
01/02/93	

IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

Apresentação	5
1. Introdução	13
2. Carta da IX Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira	15
3. Sociedade, Governo e Saúde	17
4. Seguridade Social	21
4.1. Deliberações sobre Seguridade Social	21
4.2. Deliberações sobre Previdência Social	22
5. Implantações do SUS	23
5.1. Deliberações Gerais	23
5.2. Deliberações sobre Descentralização e Municipalização	26
5.3. Deliberações sobre Modelo Assistencial	27
5.4. Deliberações sobre Financiamento	28
5.5. Deliberações sobre Recursos Humanos	30
6. Controle Social	33
6.1. Deliberações sobre Conselhos de Saúde	33
6.2. Deliberações sobre Conselhos Gestores	36
6.3. Deliberações sobre Conferências de Saúde	36
6.4. Deliberações sobre Atuação do Ministério Público	37
6.5. Deliberações sobre Mecanismos de Controle	37
6.6. Deliberações sobre Acesso à Informação	38
7. Outras Deliberações e Recomendações	41

APRESENTAÇÃO

I. A CONSTRUÇÃO DA CONFERÊNCIA

A IX CNS, concebida como um processo, chegou à sua etapa nacional depois de uma intensa participação e debate da sociedade brasileira nas etapas municipal e estadual, numa demonstração cabal de capacidade de articulação, organização e compromisso de nosso povo com a questão de saúde. Depois da escolha livre e democrática de suas delegações em mais de 50% dos municípios brasileiros e em todos os estados e Distrito Federal.

Para que cada uma dessas etapas se realizasse, foram precedidas de reuniões e debates em associações, sindicatos, entidades, igrejas, serviços, entre prestadores e profissionais de saúde, sobre um mesmo tema, "Saúde: Municipalização é o Caminho". Este tema central foi visto em sua totalidade, não apenas no aspecto organizativo dos serviços de saúde, mas enfocando sempre Saúde como qualidade de vida.

Articulação, organização, compromisso, participação e representatividade são marcos importantes deste processo que caracteriza a democratização do setor, que teve na 8ª Conferência Nacional de Saúde sua primeira conquista.

Ao tempo em que acontecia nos municípios a etapa correspondente do processo da IX CNS, nos estados as comissões organizadoras apoiavam essas atividades juntamente com a Coordenação Nacional da Conferência numa complementariedade de ações e de sustentação técnica e política. Assim, a Comissão Nacional fortalecia as coordenações estaduais e municipais, apoiando seus trabalhos, disseminando informações e viabilizando a realização da Conferência naqueles estados e municípios onde politicamente as condições eram desfavoráveis. Da mesma forma, a Comissão Nacional era apoiada pelas coordenações estaduais e municipais, pois que inúmeras foram as tentativas visando a sua desestabilização, muitas as tentativas de cancelamento da Conferência, representadas especialmente por seus sucessivos adiamentos, quando a então direção do Ministério da Saúde identificou as contradições entre suas propostas e aquelas que vinham dos municípios e estados, numa clara ruptura do diálogo do governo com a sociedade brasileira.

Foi aí que mais uma vez se fez presente o Conselho Nacional de Saúde que soube, em boa hora, assumir o direito que lhe cabe de exercer o controle sobre o governo, exigindo a realização da Conferência.

Este foi um trabalho exemplar de complementariedade de ações e compromissos de diferentes setores com a causa da Reforma Sanitária em nosso país. Este foi um exemplo marcante de expressão de uma vontade coletiva de transformação, marcada pela solidariedade entre indivíduos, instituições e entidades.

Mais uma vez se evidenciou que quando a população identifica caminhos livres e democráticos, deles participa, exigindo seus direitos e respondendo por seus deveres, no

exercício pleno de cidadania.

Muitos foram os que anônimamente lutaram nesse processo. A eles o reconhecimento e a certeza de que a história de uma sociedade se constrói a partir de gestos simples de seu povo e não de gestos heróicos ou de promessas de salvadores da pátria. Quando cada um a rédea de seu destino em suas próprias mãos, um povo mostra do que é capaz e que deseja uma sociedade independente, livre, democrática, justa e solidária, que seja capaz de erradicar a pobreza e a marginalização, de reduzir as desigualdades sociais e regionais, de promover o bem de todos, sem preconceitos e discriminações, onde prevaleçam os direitos humanos e a defesa da paz, como estabelecidos em nossa Constituição.

E assim foi reafirmado nos relatórios da etapa estadual da IX Conferência.

Neles, encontramos que continuam válidos os postulados básicos estabelecidos na Constituição de 88 para a Seguridade Social. O que tem que ser feito é colocá-los em prática, para que de lei se transformem em realidade.

Neles, foi reafirmado que o Sistema Único de Saúde é a estratégia adequada para que saúde seja, efetivamente, direito de todos e dever do Estado.

Neles, foi enfatizada a necessidade da descentralização com direção única em cada esfera de governo e que a municipalização é caminho para alcançá-la.

Neles, foi reafirmado o atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Neles, foi exigida a participação da comunidade na formulação das políticas de saúde, de seu planejamento, acompanhamento, controle e avaliação, como forma de garantir a democratização do setor.

Neles, foi reafirmado que o Sistema Único de Saúde deverá ser financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

Neles, foi afirmada a complementariedade das instituições privadas no Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes do Estado, mediante contratos de direito público ou convênios.

Neles, foi reafirmado que é vedada a comercialização da coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados.

II. ETAPA NACIONAL

A realização da Etapa Nacional, entre 09 e 14 de agosto de 1992, evidenciou que o processo da IX CNS foi capaz de assegurar as condições básicas que a reafirmou como extraordinário mecanismo de democratização de ação estatal. Dentre essas condições merecem destaque a inquestionável representatividade de seus participantes; a maturidade do setor, observada nos debates e nas decisões da plenária final; a forma democrática com que se desenvolveram os trabalhos e o empenho de todos na busca de soluções para os problemas de saúde que afligem nossa população. O caráter paritário da representação

assegurou aos usuários a condição de sujeitos no processo de formulação da política de saúde, permitindo-lhes expressar suas necessidades e escolher alternativas de solução, prescindindo de porta-vozes. A forma democrática e transparente de condução do processo de organização da LX CNS foi responsável também pelo clima de confiança mútua que viabilizou negociações em torno de questões polêmicas, bem como a solução de problemas operacionais inevitáveis em eventos desse porte.

Dentre os resultados finais da LX CNS podemos apontar três grandes vertentes:

1. Reafirmação do texto constitucional: *em todos os momentos de discussão e votação, verificou-se absoluta concordância com respeito à necessidade de manutenção do texto sobre a Seguridade Social consagrado na Constituição de 88. Tal reafirmação aparece diante das ameaças de retrocesso às conquistas sociais representadas pelas propostas de reforma da Seguridade Social - que apontavam na direção da privatização da Saúde e Previdência - e da Reforma Fiscal - que alterava as bases de arrecadação e distribuição dos recursos para esses mesmos setores.*

2. Reafirmação do Sistema Único de Saúde enquanto estratégia de implementação do texto constitucional. *Aqui, duas questões básicas: a primeira, da necessidade de que seja implementada a Lei Orgânica da Saúde naqueles pontos que ainda estão a descoberto - controle social via Conselhos e repasse automático dos recursos para os municípios, especialmente. A segunda, da correção dos desvios observados na implantação do SUS: descentralização - INAMPS, FNS e CEME em especial; gratuidade do atendimento - diante do pagamento complementar que vinha se observando; universalidade do acesso - diante das limitações da capacidade atual do setor público, em especial.*

Estas questões apontavam sempre para a manutenção do conceito básico de que Saúde é direito de todos e dever do Estado.

As discussões avançaram, dentro desse contexto de referência geral, para muitas questões específicas dentre as quais requerem destaque:

Financiamento do SUS: *repúdio à Reforma Fiscal, nos termos em que se delineava no documento de subsídios encaminhado pelo Executivo ao Congresso Nacional; necessidade de especificação de fontes e de ampliação de receitas para o SUS; consolidação do papel legalmente estabelecido para o Fundo Nacional de Saúde; implementação imediata de mecanismo de transferência automática dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, com a eliminação das formas de transferências negociadas e da relação de "compra e venda de serviços" entre União, Estados e Municípios.*

Recursos Humanos: *reafirmação da necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS; implantação de regime jurídico único em cada esfera de governo; definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos; implementação de mecanismos de estímulo à interiorização de profissionais de saúde; estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de saúde; garantia de equipes multiprofissionais; realização de Conferência Nacional sobre Recursos Humanos de Saúde, que deverá aprofundar a análise de diversos aspectos*

(inclusive a jornada de trabalho dos profissionais de saúde).

Controle Social sobre atividades relacionadas com a qualidade de vida da população foi visto como componente intrínseco da democratização do setor e viabilização do SUS, daí decorrendo recomendações quanto a:

- fortalecimento dos Conselhos de Saúde, constituídos paritariamente, com poder deliberativo;
- fortalecimento das Conferências de Saúde enquanto fóruns fundamentais para o processo de decisão sobre políticas e ações de saúde em todos os níveis;
- criação/fortalecimento de plenárias da saúde;
- fortalecimento da ação do Ministério Público;
- criação de Conselhos Gestores nas unidades prestadoras de serviços;
- acesso à informação, incentivando a criação do Sistema Nacional de Informações em Saúde; apoio ao projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional que visa a democratização dos meios de comunicação;
- garantia de transparência nas administrações;
- ampla divulgação do Relatório e Anais da IX Conferência Nacional de Saúde;
- assegurar que os Conselhos de Saúde cumpram e façam cumprir as resoluções da IX CNS.

3. O debate intenso sobre as crises do Estado e do Governo fizeram também parte integrante dos temas que foram objeto de análise da etapa nacional da IX CNS, pois que Saúde em sua concepção ampla e enquanto consequência do processo político, não pode deixar de considerá-las.

Nesse sentido, foi aprovada a "Carta da IX CNS à sociedade brasileira" que tem como sub-título FORA COLLOR e analisou a crise ética do governo, que, somada ao modelo de desenvolvimento econômico proposto gerou a ingovernabilidade em que se encontrava o país. Da mesma forma, a Carta afirma que esse modelo inviabiliza as políticas sociais e que a saída não é a revisão destas em função do modelo econômico - privatização da Saúde e Previdência - mas sim a compatibilização do que constitucionalmente está determinado como deveres do Estado e um modelo de desenvolvimento econômico que possa atender aos

No conjunto das resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde, foi destacada ainda, a necessidade de prosseguir o desdobramento do processo, que se caracterizou pela mobilização da sociedade organizada nas conferências municipais, estaduais e na etapa nacional, assegurando a implementação das resoluções aprovadas, além do aprofundamento de questões críticas.

A IX Conferência propôs estabelecer estratégias para que este processo de democratização da saúde não perca força após a realização da etapa nacional. São recomendações neste sentido:

- criação e fortalecimento dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, espaços privilegiados para o exercício do controle que cabe de direito à sociedade;
- desdobramento da IX Conferência nas Conferências estaduais e municipais de

saúde, para levar a todos os níveis os resultados obtidos;

- o incremento da presença junto ao Legislativo, contribuindo na formulação de leis, participação na elaboração do orçamento e controle de sua execução;

- fortalecimento do Ministério Público enquanto instância privilegiada para a salvaguarda dos direitos dos cidadãos;

- fortalecimento das instituições e entidades que, por sua capacidade de convocação, aglutinação e informação, tem contribuído para a democratização do setor e

- estabelecimento de mecanismos de controle da implementação das decisões da IX Conferência nos Conselhos de Saúde.

Finalmente, não menos importante é a recomendação de que se reproduza em outros setores de ação governamental - previdência, educação, assistência social, habitação, saneamento, especialmente - a mesma prática de democratização do processo decisório que se observa em curso na Saúde. Isto se deve, entre outras razões, a que Saúde é dependente dos resultados também desses setores da vida nacional e que a possibilidade de seu avanço fica condicionada ao avanço desse conjunto.

III . UM SENTIMENTO

O processo de construção e realização da IX Conferência Nacional de Saúde mostrou que, mesmo em conjunturas adversas, nosso povo é capaz de formular propostas coletivas que atendam às diversidades individuais, às diferenças, exigindo de cada um dose cada vez maior de compromisso com a Reforma Sanitária brasileira.

A presença maciça que vimos em Brasília é reprodução do que aconteceu nos municípios e estados, é manifestação eloquente do compromisso do povo brasileiro com a saúde, com o processo político, com o projeto de desenvolvimento que deseja para nosso país e pelo qual luta.

O já avançado em termos de democratização da área da saúde por certo traz ainda um compromisso adicional. O de repassar a experiência e prática da saúde para outros setores da vida nacional, que estão a demandar também instituições e práticas democratizadoras.

Assim é o nosso povo, capaz e obstinado com a idéia de que pode ter uma sociedade melhor, sem as desigualdades gritantes de hoje, onde cada um seja reconhecido em sua individualidade, expressando uma vontade coletiva de transformação.

Estamos certos de que cada um saberá honrar o mandato a que fez juz como participante desta Conferência, porque assim foi nas etapas municipal e estadual e assim será nos momentos seguintes desta caminhada em busca de melhor qualidade de vida para nosso povo.

Inspirados no poeta, temos certeza que, de cada um de nós ficou uma marca no rosto desta IX Conferência, assim como fica um pouco de nosso queixo no queixo de nossos filhos.

A COMISSÃO ORGANIZADORA

RELATÓRIO FINAL DA
IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

Na semana de 9 a 14 de agosto de 1992, Brasília transformou-se no centro das atenções de todo o Brasil: realizava-se, finalmente, a tão aguardada e tantas vezes adiada IX Conferência Nacional de Saúde (IX CNS) e esperava-se também a conclusão dos trabalhos da CPI, que apurou os desmandos e a corrupção no governo, com a divulgação do seu Relatório Final.

A IX CNS realizou-se e produziu este Relatório Final que tem a força de ser a resultante de um processo social que, durante quase 2 anos, envolveu centenas de milhares de pessoas e representou a expressão mais fiel da vontade da sociedade brasileira de alcançar melhores condições de saúde e de vida.

Esse processo compreendeu várias etapas. Iniciou pela discussão e debate em mais de 50% dos quase 5000 municípios do país, na etapa municipal, onde foram avaliadas e de onde resultaram conclusões e propostas. Na sequência, o mesmo foi feito em todos os Estados e Distrito Federal, na etapa estadual. Reuniram-se, nesta etapa nacional da IX CNS, quase 3000 Delegados e Participantes Credenciados e mais de 1.500 Observadores, nacionais e internacionais, representando profissionais da Saúde, prestadores públicos e privados de ações de saúde, representantes de governo nos três níveis, representantes do Poder Legislativo, do Poder Judiciário e do Ministério Público e usuários dos Serviços de Saúde.

Seus resultados, consubstanciados neste Relatório Final, têm a força que emana deste processo participativo singular que, envolvendo a população como um todo, indica o caminho a ser seguido pela sociedade brasileira na Saúde e em outros setores da vida nacional, apontando metas e indicando estratégias.

As posições assumidas quanto aos rumos do Sistema Único de Saúde (SUS) são fruto do amadurecimento do povo brasileiro na luta incessante em busca de melhores condições de vida; lastreiam-se no texto da Constituição de 1988 e nas leis específicas da organização do SUS.

Como não poderia deixar de acontecer a conjuntura dramática da crise ética e política vivida pelo país pairou permanentemente sobre os trabalhos da IX CNS. Esse fato justifica, dado seu grau de dramaticidade, a inclusão, neste Relatório Final, de um posicionamento enfático dos participantes da IX CNS em relação aos dois processos, que não podem ser dissociados.

As posições assumidas quanto à crise, demonstram a indignação que toma conta de todo o povo brasileiro, pasmo diante da revelação pública da erosão dos princípios éticos que se instalou nos mais altos escalões do governo Collor.

A síntese dos relatórios da etapa estadual, em todas as Unidades da Federação, já permitia prenunciar a unanimidade quanto à falta de empenho do Governo Federal e de Governos Estaduais e Municipais na efetiva implantação do SUS preconizado nos textos legais. Acredita-se, mesmo, que esta evidência está na raiz das sucessivas decisões de adiamento da IX CNS, tomadas pelo Ministério da Saúde, antes da posse da administração Jatene.

A etapa nacional da IX CNS constituiu-se numa semana inteira de trabalho árduo. Uma Mesa Redonda, na abertura do evento, analisou o processo das etapas municipais e estaduais, apontando as linhas gerais do pensamento do país a respeito do SUS. Na sequência,

ocorreram 5 Conferências Magnas, 4 Painéis Gerais, abordando os temas centrais da IX CNS e 33 Painéis Específicos, abordando temática relevante e abrangente. Além dessas apresentações, os trabalhos da IX CNS valeram-se da posição oficial de numerosas entidades, consubstanciadas em dezenas de documentos especiais, amplamente distribuídos e discutidos por todos. Os Delegados e Participantes Credenciados foram distribuídos em 100 Grupos de Trabalho que discutiram os temas centrais da IX CNS:

- Sociedade, Governo e Saúde
- Seguridade Social
- Implementação do SUS
- Controle Social.

A riqueza dos debates travados por esta centena de Grupos de Trabalho foi consolidada numa proposta de Relatório que submetida à votação pelos Delegados na Plenária Final, foi aprovada, por unanimidade, ressalvados os destaques e emendas.

As dificuldades de consolidação dos resultados da discussão não foram pequenas. Demandaram o empenho de dezenas de Relatores de Grupo e de Consolidação, aumentando de subsídios a Relatoria da IX CNS. Essas dificuldades, no entanto, foram amenizadas devido ao elevado grau de amadurecimento dos participantes e a regularidade das posições que podem ser traduzidas em três pontos centrais:

- uma defesa: GARANTA-SE A CONSTITUIÇÃO
- uma certeza: CUMPRA-SE A LEI E IMPLANTE-SE O SUS
- um desabafo indignado: a CARTA DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE À SOCIEDADE BRASILEIRA.

2. CARTA DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE À SOCIEDADE BRASILEIRA

EM DEFESA DA VIDA E DA ÉTICA: FORA COLLOR

O governo Collor levou o Brasil a uma tragédia sanitária jamais assistida.

A nova Constituição Brasileira assegura o direito à saúde e prevê a criação de um sistema democrático comprometido com as necessidades da população. Apesar disso, esse governo violentou todos esses princípios e intensificou um período de desrespeito à ÉTICA, à moral e ao interesse público sem precedentes. Esse quadro dramático se agrava com os efeitos de uma política econômica recessiva e privatizante que concentra renda, marginaliza e exclui milhões de pessoas, características do modelo neoliberal.

A cada dia reinventam-se propostas que mascaram problemas e necessidades reais: a recente proposta de reforma fiscal do Governo é, na verdade, uma revisão constitucional que representa uma agressão aos direitos constitucionais já assegurados mas ainda não implantados.

Os impostos devem recair sobre quem tem mais, a sonegação deve ser combatida em todos os níveis e os recursos hoje arrecadados devem ser melhor aplicados.

A brutal queda de investimento na área social e o roubo do dinheiro público estão levando à morte milhares de seres humanos. O anunciado acordo com os credores internacionais, que deverá manter a sangria com o pagamento da dívida externa, agravará ainda mais esta situação.

O povo brasileiro vive a penúria de um modelo econômico que marginaliza e discrimina a maioria. Este modelo econômico aumenta a miséria e determina uma perspectiva de vida pequena. Por isso, a luta pela Seguridade Social e pelo Sistema Único de Saúde é um ato em legítima defesa daqueles que nada têm, mas que representam a dignidade de quem exige democracia e justiça.

Não suportamos mais a miséria. Não queremos essa sociedade violenta, queremos ter direito à vida.

A sociedade como um todo, os trabalhadores, os índios, as mulheres, os homens, os negros, os doentes, os sem terra, as pessoas portadoras de deficiência, os portadores de patologias, os idosos, as crianças e adolescentes, os desempregados, os aposentados, os povos da floresta, os encarcerados e todas as minorias sociais precisam ser ouvidos.

A consolidação da democracia e a instauração da justiça social exigem que cada brasileiro se una ao sentimento nacional de dar um basta à impunidade, à corrupção, à miséria.

Conclamamos todas as forças democráticas do País a se mobilizarem pelo fim do Governo Collor e a efetiva punição dos responsáveis pelo roubo nos cofres públicos.

O trabalho da CPI conta com nosso apoio e o Congresso Nacional precisa estar à altura de suas responsabilidades e aprovar o "impeachment".

A imprensa deve trabalhar com independência na divulgação da realidade dos fatos, sem omissão, sendo que a democratização dos meios de comunicação é de fundamental importância para a transformação da perversa realidade atual.

O Brasil precisa de nós. Que o movimento social redobre o trabalho que já vem fazendo, contra a corrupção e contra a política econômica e exija nas ruas o FORA COLLOR JÁ.

3. SOCIEDADE, GOVERNO E SAÚDE

A IX CNS entende que o quadro de saúde vivido pela população brasileira caracteriza-se, particularmente, por:

- completo desrespeito à vida, evidenciado pelos inaceitáveis indicadores de saúde: baixa expectativa da vida, alta mortalidade infantil, alta mortalidade materna, elevado grau de desnutrição infantil, elevado número de acidentes de trabalho com milhares de mortes e incapacidades permanentes;

- inaceitáveis diferenças regionais e étnicas dos indicadores de saúde, revelando os diferentes padrões de cidadania, conforme o grau de desenvolvimento regional e a renda;

- permanência significativa, e em alguns casos crescente, de numerosas doenças evitáveis por conhecimentos e técnicas disponíveis e acessíveis: diarreia, tuberculose, hanseníase, malária, doença de Chagas, esquistossomose, tétano, filariose, sarampo, leishmaniose, cárie dental;

- ressurgimento de “velhas doenças”, tidas como controladas: cólera, dengue, febre amarela;

- crescimento dramático da importância de doenças chamadas “do desenvolvimento”: doenças cardio-vasculares, neoplasias, doenças mentais, alcoolismo e, principalmente, a violência observada nas ruas, no trabalho, no campo e aquela imposta aos povos indígenas;

- surgimento da AIDS, em plena ascensão, com ausência de uma política pública de prevenção e controle.

Esse quadro é facilitado pela precariedade de saneamento básico que leva a que 70 milhões de pessoas não disponham de esgoto sanitário.

À realidade da doença, soma-se a doença do Sistema de Saúde que tem, entre outros, os seguintes sintomas:

- insuficiente cobertura assistencial, que se agrava dramaticamente nas regiões e áreas mais carentes;

- ênfase nas atividades curativas e hospitalares, em detrimento das preventivas, ambulatoriais e de reabilitação, constituindo um modelo assistencial inadequado às necessidades da população;

- sucateamento e desqualificação tecnológica e profissional da grande maioria dos serviços públicos e privados contratados pelo poder público;

- absoluta falta de apoio político-financeiro à Universidade brasileira, que se encontra sucateada e deficiente em seus quadros docentes, acarretando a formação inadequada e insuficiente de recursos humanos para o setor saúde;

- ausência de uma política de recursos humanos que garanta salários dignos, condições adequadas de trabalho e a qualificação necessária, bem como a ausência de uma política que propicie a integração do aparelho formador com o sistema de prestação de serviços;

- baixa resolutividade dos serviços de saúde em todos os níveis, especialmente nos níveis primário e secundário de atenção;

- má qualidade do atendimento, do ponto de vista técnico e de relações humanas;

- baixos níveis de gastos públicos em saúde e educação, agravados pelos métodos arcaicos e ineficientes de gestão pública, consolidando as agressões institucionais ao usuário;

-
- extrema dependência em relação ao setor hospitalar privado contratado, adotando-se as práticas predatórias e fraudulentas e descomprometido com as necessidades e interesses públicos, salvo os verdadeiramente filantrópicos;
 - ausência de uma política nacional de pesquisa e desenvolvimento, produção, controle e distribuição de medicamentos e outros insumos que atenda às necessidades do SUS;
 - ausência de uma política pública de apoio e atendimento às pessoas portadoras de deficiência ou patologias, aos superdotados e aos idosos;
 - absoluta incipiência das ações de controle sanitário de alimentos, produtos e serviços que afetam a saúde;
 - descontrole do processo de coleta, processamento e transfusão de sangue e hemoderivados que, apesar do dispositivo constitucional, continua a ser comercializado no setor privado e responsável pela transmissão de doenças como a AIDS, sífilis, hepatites, doença de Chagas e malária;
 - cobrança irregular e indevida e seletividade no atendimento nos hospitais privados e laboratórios contratados - e até mesmo em hospitais públicos - em total desconhecimento à Constituição e à Lei.

A IX CNS entende também que esse quadro sanitário é decorrência direta das políticas do Estado brasileiro e da adoção do projeto neoliberal.

O Estado brasileiro nunca esteve comprometido com os interesses populares. Privatizado, sua ação esteve predominantemente dirigida a atender os interesses do reduzido grupo que dele se apropriou ao longo da história. Para atender a esse objetivo, o Estado ampliou desmesuradamente sua esfera de ação, fragilizou-se financeiramente, perdeu sua capacidade de regulação econômica e de fiscalização.

O atendimento às demandas sociais básicas - educação, saúde, saneamento, habitação, posse de terra, transporte urbano, etc nunca se inscreveu como prioritário no conjunto da ação estatal, como resultado do processo de exclusão política a que foram submetidos trabalhadores rurais e urbanos, povos indígenas e demais setores populares.

As políticas econômicas, subordinadas aos interesses do capital, realimentaram o processo de exclusão social, dificultando a incorporação de grande parte da população ao mercado de trabalho, provocando o desemprego e aumentando a miséria.

As estratégias de ajuste econômico, desde a eclosão da crise da dívida externa, foram marcadas pela subordinação aos interesses da comunidade financeira internacional, priorizando o pagamento da dívida em detrimento do desenvolvimento nacional.

O preço pago pela sociedade brasileira tem sido enorme: recessão, desemprego e redução dos recursos fiscais arrecadados como resultado do baixo dinamismo da atividade econômica, da sonegação de impostos e contribuições sociais e do crescimento do setor informal da economia.

Nas áreas sociais, esse quadro tem duplo impacto: produz a redução do volume de recursos alocados às políticas sociais, ao mesmo tempo em que a agudização do quadro de miséria determina a ampliação das demandas sociais.

A receita do modelo neoliberal para fazer frente à crise fiscal e econômica propõe a redução do papel do Estado - "Estado Mínimo" - que envolve a privatização indiscriminada de atividades econômicas até então por ele desenvolvidas, bem como a partilha com o setor privado da atuação em várias áreas de política social típicas do poder público.

Para viabilizar essa estratégia de preservação de interesses hegemônicos, o governo não se constringe em remeter ao Congresso uma proposta de Reforma Fiscal que viole as conquistas constitucionais, penaliza os assalariados e reduz a receita de estados e municípios,

o que inviabiliza as propostas de descentralização determinadas pela Constituição de 1988. Esta reforma tem por objetivo diminuir as contribuições das empresas e do Estado, desmontando o financiamento da Seguridade Social, transferindo mais encargos para o cidadão, inviabilizando o custeio do SUS e apontando claramente para a privatização da Seguridade Social.

Esse modelo de Estado, anti-popular, privatizado, centralizador e arcaico, encontra no atual governo as condições propícias para sua realização mais radical.

Eleito em oposição aos candidatos das forças populares e alinhado com os interesses do capital internacional, o governo Collor, a título de modernização administrativa, empreendeu um brutal desmonte do aparelho público estatal com a venda de grandes empresas estatais, de acordo com o figurino dos credores internacionais, sempre reivindicando corte nos gastos públicos, como condição para “melhorar” o balanço financeiro das contas públicas e retomar a negociação da dívida.

O ajuste fiscal colocado em prática pelo Governo Collor aprofundou a recessão, penalizando os setores populares, ampliando o desemprego e aumentando a concentração da renda como consequência do arrocho salarial. Cedo evidenciou-se o crescimento de evasão fiscal, o aumento da sonegação e do desemprego, com uma dramática e nunca vista redução da massa salarial.

Tem se caracterizado também pela subordinação aos interesses econômicos dos países desenvolvidos e dos grandes grupos multinacionais, procurando impor medidas que os favorecem, abrindo mão de mecanismos de desenvolvimento e proteção à indústria nacional, impedindo o acesso ao conhecimento e concedendo monopólio aos produtores de alimentos e medicamentos, como é o caso dos projetos de lei relativos a patentes e propriedade industrial.

Ao mesmo tempo que não cumpre a Constituição e a Lei, observa-se o crescente desprestígio e descrédito do sistema público da Previdência e Saúde, servindo como argumento e pretexto para as propostas de privatização que vêm sendo ensaiadas pelo Governo.

Por outro lado, o fisiologismo, o clientelismo, a corrupção e a impunidade, práticas antigas e tradicionais dos governos conservadores, passam a se agudizar em níveis tão inimagináveis neste governo, que colocam em xeque a governabilidade e a sua própria legitimidade.

O grau de corrupção que vem sendo identificado e divulgado pela imprensa, pelo Congresso Nacional e pela Polícia Federal chega a configurar um verdadeiro sistema articulado de apropriação particular do recurso público, num processo absolutamente radical e insólito de concentração de renda, nitidamente comprometedor das finanças públicas e, acima de tudo, ofensivo à dignidade do povo brasileiro, que passa fome, mora mal, vive doente e morre cedo.

Levando-se em conta a análise da situação de saúde, da crise de governo e do momento atual da sociedade brasileira, a IX CNS propõe como essencial à conquista da saúde:

- a desprivatização e democratização do Estado em todos os níveis, submetendo-o ao controle social, com amplo acesso às informações;
- a rejeição do projeto neoliberal, pelas consequências danosas que sua implementação vem causando à maioria do povo brasileiro, combatendo-se, especificamente, a proposta de reforma da Seguridade Social que propõe a privatização da Saúde e da Previdência Social;
- a reafirmação das atuais diretrizes constitucionais do Capítulo da Ordem Social e, particularmente, aquelas referidas ao Sistema Único de Saúde, contrapondo-se aos projetos

escusos que pretendem mudá-los na revisão constitucional de 1993;

- a regulamentação, pelo Poder Executivo federal, dos artigos ainda pendentes dessa exigência do SUS, assim como a adequação das normas e procedimentos administrativos aos dispositivos regulamentados, inclusive no que se refere às atribuições da vigilância sanitária ainda não regulamentadas;

- a regulamentação imediata da Assistência Social, por meio da aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social, visando sua estruturação e financiamento nos marcos conceituais da Seguridade Social e a urgente municipalização das ações de Assistência Social;

- a implementação de uma reforma tributária que resulte na redistribuição de renda, dê suporte ao financiamento das políticas sociais, possibilitando significativo incremento de investimento nas áreas de saúde, ciência e tecnologia e que promova a descentralização de recursos financeiros para os Estados e Municípios;

- a implantação de uma Reforma Agrária em regime de urgência, como fator de distribuição de renda e voltada ao aumento da produção de alimentos;

- a rejeição do projeto de reforma fiscal do governo federal, particularmente no que se refere às propostas de reforma constitucional, por penalizar as parcelas economicamente mais desfavorecidas da população e por onerar estados e municípios;

- o não pagamento da dívida externa, pelos efeitos deletérios que esta acarreta aos projetos econômicos voltados para a eliminação da miséria e ao desenvolvimento social;

- apoio total ao Congresso Nacional, à "CPI do Caso PC" e aos meios de comunicação comprometidos com a rigorosa apuração dos atos ilícitos praticados nas esferas do governo federal, contrários às tradições e costumes da maioria da população brasileira, aguardando-se punições exemplares dos envolvidos em todos os níveis, eliminando-se a impunidade e estabelecendo-se a estrita observância dos preceitos da ética, da moral e da honestidade, na condução dos negócios públicos;

- repúdio ao Projeto de Lei governamental que trata da regulamentação das patentes (Pl. 824/91) e seus substitutivos 1 e 2 do Relator Ney Lopes, por subordinar aos monopólios e oligopólios internacionais os interesses do desenvolvimento do país, devendo receber especial atenção a defesa de nossa biodiversidade;

- repúdio ao Projeto do Deputado Roberto Jefferson relativo ao processamento, transfusão de sangue e sua comercialização.

4. SEGURIDADE SOCIAL

A Constituição brasileira fixa como objetivo a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, que tem como um dos seus alicerces uma seguridade social gerida democraticamente e fundada nos princípios de universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios, distributividade nas prestações e equidade no custeio.

Em desrespeito a estes princípios, o ideário neoliberal vem instrumentalizando uma política social discriminatória e regressiva que tem acentuado a degradação das condições de vida do povo brasileiro. Os defensores dessa doutrina, através de propostas de reforma constitucional, pretendem anular princípios de justiça social que foram duramente conquistados pela população durante o processo de democratização.

4.1. Frente a essa situação, a IX CNS propõe:

- respeitar os preceitos constitucionais sobre Seguridade Social e seus componentes, indissociáveis em seu conceito e prática - Saúde, Previdência e Assistência Social - enquanto direito social de cidadania;
- reafirmar a responsabilidade do Poder Público pela efetivação desses direitos, repudiando toda e qualquer tentativa de privatização no âmbito da Seguridade Social;
- destinar os recursos da Seguridade Social exclusivamente ao seu campo e objetivos de atuação, com o fim imediato do pagamento de pessoal e encargos previdenciários da União com recursos das contribuições sociais destinadas às ações de Seguridade Social;
- proibição do desconto dos gastos com saúde do Imposto de Renda;
- exigir o pagamento das dívidas, inclusive dos poderes públicos, com a Seguridade Social;
- intensificar a fiscalização e arrecadação, punindo exemplarmente os fraudadores, sejam eles beneficiários, prestadores ou contribuintes;
- aprofundar estudos das propostas abaixo para melhor equacionar a partilha dos recursos da Seguridade Social entre Saúde, Previdência e Assistência Social:
 - a) individualização ou especialização de fontes para cada área, segundo sua vocação;
 - b) criação de alíquotas específicas para cada uma das três áreas sobre cada uma das fontes que compõem o orçamento da Seguridade Social;
 - c) manutenção da unificação do orçamento de Seguridade Social, delegando ao Conselho Nacional de Seguridade Social o poder de definir anualmente o percentual de recursos destinados a cada uma das áreas envolvidas para a elaboração da proposta da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e dos Orçamentos;
 - d) qualquer que seja a alternativa escolhida, poderá haver a retenção no município e estado da respectiva parcela, definida pelo Conselho, dos recursos da Seguridade Social destinados à saúde.
- efetivar o direito garantido por lei de acesso de todos os cidadãos a todas as informações referentes à Seguridade Social;
- implementar o Conselho da Seguridade Social, enquanto foro público autônomo de deliberação e fiscalização de caráter pluralista, integrado por representantes do governo, dos empregadores, dos trabalhadores ativos e inativos, dos movimentos populares e dos profissionais do setor, garantindo o papel do Governo Federal enquanto arrecadador e mantenedor do aparelho administrativo. A representação no Conselho da Seguridade Social deverá ter a seguinte composição: usuários, trabalhadores e aposentados - 50%; governo - 25%; emprega-

dores - 25%;

- assegurar a modernização da gestão da Seguridade Social e a ampliação, melhoria e humanização dos serviços, criando para tanto, entre outras iniciativas, um Fundo de Modernização e o Cartão de Seguridade Social;

- instituir uma Comissão Nacional de Auditoria da Seguridade Social, constituída por entidades representativas dos trabalhadores em atividade, dos aposentados, dos empregadores e da sociedade civil, bem como das Comissões afins no Congresso Nacional;

- garantir o direito de todos os funcionários e usuários dos serviços da Seguridade Social de proceder à notificação administrativa na constatação de ocorrência de irregularidades;

- centralizar a arrecadação pelos órgãos ligados à própria Seguridade Social;

- assegurar o recolhimento direto de todas as fontes de custeio da Seguridade Social, incluindo a contribuição sobre o faturamento e o lucro;

- regulamentar e implementar de imediato o imposto sobre grandes fortunas e transações financeiras;

- estender a taxação do FINSOCIAL aos grandes proprietários rurais e o recolhimento da contribuição previdenciária de 3% sobre a produção comercializada para médios e grandes proprietários rurais;

- aliviar a carga tributária do pequeno empresário e pequeno produtor rural;

- garantir a aplicação imediata dos benefícios da Seguridade Social aos trabalhadores rurais;

- criar um Fundo de Aplicação da Seguridade Social para assegurar a manutenção do valor real dos seus recursos, atualmente corroídos pela inflação;

- assegurar que se repasse no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, conforme a lei, ao setor Saúde.

4.2. Especificamente com relação à PREVIDÊNCIA SOCIAL, a IX CNS propõe:

- promover reajustes mensais dos benefícios que assegurem a reposição das perdas decorrentes da inflação;

- manter a aposentadoria por tempo de serviço, conforme legislação vigente, equalizando o sistema previdenciário entre todos os trabalhadores privados, públicos, civis e militares;

- estabelecer mecanismos rigorosos na fiscalização da legislação do trabalho que garanta aos trabalhadores rurais e urbanos o direito da carteira assinada, salvaguardar de-se os direitos constitucionais inalienáveis, em regime especial, dos trabalhadores indígenas rurais;

- assegurar o cumprimento imediato da garantia legal de exames de admissão, periódicos e de demissão, realizados por hospitais públicos e direito de acesso do trabalhador demitido aos resultados dos exames, ao PIS e FGTS, estabelecendo vigilância e punição para os empregadores que exigirem atestado de esterilização e/ou teste de gravidez para as mulheres trabalhadoras;

- promover a regulamentação em regime de urgência da Constituição Federal, art. 203, inciso 5º, no que diz respeito à concessão de pensão às pessoas portadoras de deficiência e aos idosos comprovadamente incapazes de se autossustentarem, com definição de critérios que não aprofundem a discriminação e marginalização a que já são submetidos;

- implementar a liberação imediata da pensão por morte a que tem direito viúva, viúvo e dependentes, logo após o falecimento do segurado, com prazo máximo de 30 dias para o pagamento;

- garantir o instituto das aposentadorias especiais justificadas pela natureza e condições do trabalho, revendo e extinguindo as aposentadorias que não respeitem esse princípio, inclusive aquelas por legislação especial.

5. IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os aspectos gerais relativos à implementação do SUS debatidos na etapa nacional da IX CNS, evidenciaram a grande distância existente entre os princípios, diretrizes e normas conquistados pela sociedade - expressos na Constituição e nas leis - a forma como está sendo implantado o SUS no país e a dura realidade vivida pelas pessoas.

Neste sentido, a maior parte das análises, propostas e moções, revela a grande frustração e indignação dos participantes da IX CNS, com a ausência de vontade política e decisão para implantação do SUS, encabeçada pelo governo federal, que se recusa a dar os passos concretos nesse sentido, sequer aplicando o que está na lei.

O esforço e a luta pelo SUS se associam à resistência à proposta neoliberal, que visa aniquilar a Seguridade Social e o SUS, através da Reforma Constitucional e cujo primeiro passo é a Reforma Fiscal proposta pelo Governo Federal.

5.1. Diante disso, a IX CNS propõe:

- não à privatização do setor Saúde, sob qualquer forma;
- promover a implantação efetiva do SUS, respeitando os princípios dos textos legais e deliberações das Conferências de Saúde;
- assegurar a aplicação da lei no que se refere às atribuições e financiamento das três esferas de governo;
 - viabilizar a expansão do setor público estimulando seu pleno funcionamento e garantia de qualidade;
 - realizar a transferência das responsabilidades gestoras e dos recursos correspondentes às esferas descentralizadas, inclusive criando condições para a elaboração de parâmetros assistenciais, acompanhada da implantação de um sistema de custos nas unidades públicas para servir de referência para a elaboração de tabelas e controles do setor privado contratado;
 - garantir apoio aos municípios para a solução de problemas em áreas cuja resolução está em grande parte fora do seu alcance - medicamentos, equipamentos, tecnologia e recursos humanos - por meio da formulação de políticas e estratégias para estas áreas coerentes com a Constituição e com a Lei 8080;
- respeitar o papel coordenador das esferas estaduais do SUS, assegurando um planejamento racional da rede de serviços nos Estados, evitando-se duplicidade e cumprindo funções estratégicas para assegurar a cobertura assistencial adequada;
 - integrar, visando ao equacionamento e solução de problemas, os diversos organismos e instituições governamentais que lidam com áreas de repercussão ambiental que afetam as condições de saúde da população;
- promover a normatização da relação público/privado, levando-se em conta cada realidade regional e local, reforçando o papel dos poderes públicos estadual e municipal, capazes de respeitar estas realidades;
 - assegurar que o setor privado contratado atue como se público fosse, de acordo com as leis do SUS e fundado no interesse público, em qualquer situação;
 - regulamentar os convênios com os hospitais privados sem fins lucrativos, preferenciais

perante a lei, no sentido de serem resgatadas suas funções comunitárias e sociais, com o cancelamento dos títulos de filantropia;

- assegurar que toda a rede contratada pratique a universalidade e equidade, obedecendo aos critérios de hierarquização.

A extinção do INAMPS e da Fundação Nacional de Saúde foram propostas aprovadas com o repasse imediato de suas unidades e serviços - rede física, equipamentos, serviços e recursos humanos - para os estados e municípios, implantando-se a estrutura organizacional descentralizada do Sistema Único de Saúde. Até que a extinção dessas instituições seja completa, suas ações se limitarão à administração de seus recursos humanos, os quais deverão ser imediatamente colocados à disposição de estados e municípios, resguardando-se os interesses e as conquistas já consolidadas de seus funcionários. Levando em consideração a extinção de órgãos federais, é necessário estabelecer que o repasse de suas ações reguladoras de prestação de serviços às esferas descentralizadas será após amplo processo de discussão que leve em conta os diferentes estágios de municipalização em cada estado, respeitando-se as decisões dos Conselhos de Saúde municipais, estaduais e Nacional, de forma a não se perder, de vista o objetivo final do SUS, da melhoria das condições de saúde da população.

Outra medida aprovada foi a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, repassando para estados e municípios suas ações executivas, mantendo-se no Ministério da Saúde a responsabilidade pela formulação, avaliação e apoio de políticas interseccionais de alimentação e nutrição.

Também foi ressaltada a necessidade de que a União garanta a existência e gratuidade de insumos e medicamentos que atendam às necessidades básicas da população. É absolutamente indispensável reestruturar e capacitar a Central de Medicamentos com vistas ao desenvolvimento científico e tecnológico, à modernização dos laboratórios oficiais de produção de medicamentos, ao controle de qualidade e à regulação, produção e distribuição de medicamentos essenciais e hemoderivados. Esses laboratórios têm de se integrar ao SUS para que produzam prioritariamente segundo as necessidades determinadas pelo perfil epidemiológico da região ou estado onde se localizam e em conformidade com uma relação nacional de medicamentos essenciais, imunobiológicos e hemoderivados, revista e atualizada.

Outra medida aprovada consiste no repasse imediato da FUNDACENTRO e da Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho (SSMT) do Ministério do Trabalho e Previdência Social para o SUS, com a transferência dos técnicos que atuam na área da Saúde do Trabalho, para os municípios.

Considerando a necessidade de adequação da estrutura do Ministério da Saúde aos princípios estabelecidos pela lei 8080, no prazo de 90 dias após a publicação deste Regulamento, deverá ser apresentada proposta para uma nova estrutura organizacional do Gestor Nacional do SUS. Uma vez aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a nova estrutura, o Conselho Executivo encaminhará projeto de Lei ao Legislativo, no prazo de 45 dias.

Outras ações essenciais para a implementação do SUS incluem:

- integrar as Políticas de Saúde, Educação e de Ciência e Tecnologia, garantindo investimentos e liberação financeira para a prestação de serviços, absorção e formação de recursos humanos e desenvolvimento e produção de insumos,

- desenvolver programas interinstitucionais que aumentem a capacidade de intervenção estratégica e operacional da União, dos estados e municípios sobre as doenças de impacto coletivo;

-
- consolidar o Programa de Auto-suficiência Nacional em Imunobiológicos por meio de planos de médio e longo prazo, elaborados com a participação dos institutos envolvidos, alocação de recursos regulares e flexibilidade gerencial;
 - implementar e consolidar na rede de serviços públicos de saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente contemplando todos os aspectos epidemiológicos e as especificidades de gênero da população feminina;
 - conferir eficácia ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e garantir à população, por meio de diferentes meios de comunicação, informações relativas aos riscos ambientais e efeitos adversos de produtos para uso e consumo humano, bem como à qualidade dos serviços de atenção à saúde;
 - criar programas de vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos, imunobiológicos, redes de abastecimento de água, fluoretação da água e demais insumos;
 - implantar programas de educação em saúde em todas as escolas de 1º e 2º graus, contemplando os aspectos de origem das doenças, sua prevenção e primeiros socorros;
 - garantir recursos orçamentários para aquisição de órteses, próteses, cadeiras de rodas, aparelhos auxiliares e outros, para atendimento das pessoas portadoras de deficiência e acidentados do trabalho, bem como bolsas coletoras para ostomizados e medicamentos para tratamentos de alto custo;
 - garantir o cumprimento dos dispositivos legais já definidos em relação à Saúde dos Trabalhadores, seja quanto ao atendimento básico e emergencial, seja quanto ao atendimento especializado em Unidade de Referência, assim como desenvolver ações buscando informar o usuário e os trabalhadores de saúde, com o objetivo de apoiar sua intervenção na garantia da implantação do SUS;
 - instituir Carteira Nacional de Saúde com a finalidade de manter registro do histórico de saúde do portador, não se constituindo em requisito para atendimento no SUS, a ser normatizada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Foi aprovada a proposta de Reforma Psiquiátrica com a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por uma rede de serviços diversificada e qualificada de Atenção à Saúde Mental, através das Unidades Básicas de Saúde, Hospital Dia, Hospital Noite, Centros de Atenção Psico-social, Núcleos de Atenção Psico-social, Centros de Convivência e Cooperativa, Lares abrigados, emergências, leitos e enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral, proibindo-se a construção ou ampliação de Hospitais Psiquiátricos, bem como a contratação pelo poder público de novos leitos em hospitais psiquiátricos privados, reorientando a verba a eles destinada para o investimento na implantação do modelo anti-manicomial.

Foi recomendada a criação de Comissões Municipais e Estaduais de Reforma Psiquiátrica, vinculadas aos Conselhos, que deverão elaborar critérios e planejamento a partir das realidades locais, com prazos de execução definidos. Deverão compor essas Comissões representantes de movimentos populares e sindicais, comunidade científica, entidades de categorias profissionais, de trabalhadores e de usuários e representantes da administração municipal e/ou estadual.

Na mesma vertente, também foi deliberada a proibição de internação compulsória, em respeito aos direitos de cidadania do doente mental, exceto em casos comunicados ao Ministério Público, que devem ser reavaliados em 48 horas, junto ao paciente, família e junta médica.

A articulação entre as políticas de Saúde e de Saneamento Básico foi também considerada indispensável, sendo decisão da IX CNS que as atividades referentes a saneamento sejam integradas ao SUS.

5.2. Com relação à Descentralização e Municipalização:

Impõe-se o reconhecimento de que a descentralização e a municipalização ainda são processos incipientes. Este fato não deve ser atribuído à lei que cria o SUS, mas sim à postura contrária do Governo Federal e de muitos governos estaduais e municipais, que desrespeitam a Constituição e as leis específicas e não criam os mecanismos operacionais indispensáveis à sua implementação, não assumindo suas responsabilidades com relação ao SUS.

Da análise do atual estágio da descentralização resulta a convicção de que, não obstante alguns exemplos bem sucedidos, ainda há muito por fazer.

A municipalização não pode significar apenas a transferência de unidades e serviços de saúde para os municípios. Essa transferência deve ser acompanhada dos recursos complementares que permitam seu pleno e adequado funcionamento. A municipalização ultrapassa, no entanto, o simples repasse direto de recursos, implicando na gestão efetiva e no controle social, devendo ser um instrumento de democratização, garantindo-se o controle social no processo como estratégia fundamental para impulsionar toda a descentralização.

Com o objetivo de assegurar a descentralização e principalmente a municipalização, a IX CNS propõe:

- descentralizar o SUS respeitando as diversidades regionais e assegurando a viabilidade operacional e financeira do gestor único, especialmente em nível municipal;
- efetivar o comando único em cada esfera de governo, respeitando-se a autonomia municipal e estadual;
- agilizar o processo de municipalização, submetendo-o a uma avaliação permanente e controle social;
- fixar prazo após o término da IX CNS para a efetiva municipalização do SUS. O Ministério Público deverá ser acionado caso esse prazo não seja respeitado;
- garantir a manutenção do artigo 10 da Lei 8080 que trata da criação de comitês intermunicipais a partir de iniciativa dos Municípios; a criação dos consórcios deve ser aprovada pelos Conselhos Municipais de Saúde de todos os municípios envolvidos;
- promover a imediata regulamentação e aplicação do Artigo 35 da Lei 8080/90;
- promover a criação e aprovação dos códigos de saúde dos estados e municípios em acordo com os princípios do SUS;
- implementar a municipalização, em conjunto com os estados, quando necessário, das vigilâncias epidemiológica e sanitária e sobre o ambiente e locais de trabalho, com a padronização dos regulamentos de vigilância sanitária em todo o país;
- definir políticas, realizar o planejamento e executar as atividades de saneamento em nível municipal com definição das fontes de financiamento;
- definir políticas, estratégias, programas de cooperação técnica e de apoio à descentralização que contemplem e respeitem as diversas realidades, considerando também as diferenças regionais e estaduais.

Os municípios devem exercer o controle sobre o setor privado conveniado e contratado, considerando seu papel complementar no SUS, os Conselhos Municipais de Saúde e a

rever os atuais convênios e definir critérios para o estabelecimento de novos, condicionados ao esgotamento da capacidade instalada da rede pública.

O planejamento das ações de Saúde no âmbito municipal deve ser feito com base em critérios epidemiológicos, deve ser participativo e contar com a cooperação técnica das instâncias estadual e federal, criando condições para capacitar recursos humanos do próprio Município; este processo deverá obedecer às diretrizes dos Conselhos de Saúde em todas as instâncias de governo.

5.3. Com relação ao Modelo Assistencial:

Faz-se necessária profunda mudança do modelo assistencial de Saúde.

O modelo assistencial deve ser construído sobre base epidemiológica, garantindo à população acesso universal em todos os níveis, equidade, resolutividade e integralidade da atenção, num sistema de complexidade crescente.

Esse modelo deve desenvolver práticas diferenciadas segundo a realidade local, não configurando um sistema simplificado. Devem ser incorporadas as práticas alternativas aos serviços de saúde, as tecnologias populares e as ações de promoção de saúde.

Para tanto, a IX CNS considera necessário:

- controlar, por meio dos Conselhos - em todos os níveis - os planos privados de saúde;
- definir prioridades de trabalhos de acordo com as necessidades, revertendo a lógica de mercado e o modelo individualista, curativo, biologicista, especializado;
- estimular a efetividade do setor público, definindo critérios de avaliação e acompanhamento, visando a melhoria da gestão dos serviços públicos.

A mudança do modelo assistencial atual exige a desospitalização da assistência médica e a desmedicalização.

O modelo assistencial deve garantir à população acesso aos serviços e recursos de saúde, implantando e operando distritos sanitários, quando necessário. Estes distritos devem ser implantados como espaço de integração e execução das diversas modalidades de ações de saúde.

O modelo assistencial deve operacionalizar os mecanismos de referência e contra-referência e melhorar a qualidade do atendimento de urgência/emergência. Deve garantir o atendimento universal e integral nos níveis institucional, domiciliar e comunitário com equipes multiprofissionais e interdisciplinares. É necessário que não se limite à assistência individual e curativa mas que contemple ações de vigilância sanitária e epidemiológica e programáticas de educação em saúde, de saneamento, de assistência farmacêutica e outras, respeitando as prioridades epidemiológicas de cada local.

As unidades e serviços do SUS devem ser adaptadas para o atendimento aos portadores de deficiência e de usuários de idade avançada.

Deve-se incorporar nas políticas de saúde do trabalhador, da mulher, da criança e do adolescente e do idoso, a problemática da deficiência e criar programas específicos de atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência, bem como centros especializados de tratamento de usuários de drogas, em cada unidade da Federação.

Há que se ter garantia de recursos orçamentários para implantar os projetos de atendimento específicos aos portadores de deficiência, aos autistas, psicóticos e pessoas idosas, com base nas políticas gerais de saúde.

É necessário garantir no SUS ação integral à saúde dos povos indígenas, de forma diferenciada, em função das especificidades étnico-culturais e da situação sanitária, com garantia de seus sistemas tradicionais de saúde, por meio da criação de distritos sanitários especiais indígenas, diretamente ligados ao Ministério da Saúde e administrado por Conselhos Indígenas de Saúde.

Exige-se que as atividades de planejamento familiar não sejam implementadas isoladamente, mas sempre dentro do atendimento integral à saúde. Exige-se também garantir o exercício pela rede pública de saúde, do cumprimento do serviço de abortamento legal nos casos previstos em Lei como parte das ações de assistência integral à saúde da mulher.

É preciso estabelecer parâmetros de utilização dos equipamentos de alta complexidade.

É necessária a revogação da Portaria 1125/92, do Ministério da Educação, que propõe a privatização dos hospitais universitários públicos, garantindo-se a incorporação plena dos mesmos ao SUS.

Os sistemas públicos fechados, como é o caso do serviço de saúde dos militares - forças armadas e polícias militares - e de certos grupos de servidores públicos, também tem de ser incorporados ao SUS.

5.4. Com relação ao Financiamento:

A partir de 1990 houve redução das recursos do setor saúde, tanto em termos de receitas globais (que incluem os gastos em saúde das três esferas de governo e, ainda, os gastos privados), como no que se refere às receitas da Saúde no âmbito do Orçamento da Seguridade Social.

A política econômica recessiva afetou profundamente a base de captação das receitas. Em decorrência do elevado índice de sonegação tributária atualmente vigente, aumentou a evasão fiscal.

O Governo Federal não dá prioridade ao setor saúde. Isto se verifica pela redução dos gastos públicos federais em saúde no período de 1989-92. Verifica-se também a queda da participação do setor saúde na distribuição dos recursos do Orçamento da Seguridade Social que, de 30,31% em 1989, passou a 23% em 1990 e 1991 e 22% em 1992.

O sistema de transferência de recursos às esferas estaduais e municipais de governo instituído pelo INAMPS introduz uma relação de compra e venda de serviços com as esferas estaduais e municipais que reitera a velha prática governamental, ferindo tanto os princípios descentralizadores como os critérios de partilha dos recursos estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde, além de estimular a fraude e o superfaturamento.

Para a ampliação de recursos destinados à saúde, as seguintes medidas devem ser adotadas:

- definir, com maior precisão, as ações que integram o Orçamento da Seguridade Social e, além disso, o que deve ser financiado com recursos do Orçamento Fiscal transferidos para o citado orçamento e quais ações e programas que não podem ser custeados com recursos de contribuições sociais;

- garantir o repasse de percentuais de recursos - definidos em lei - dos seguros obrigatórios de automóveis, opcionais de transporte público ao SUS, como forma de complemento da receita para atendimento de acidentados

- garantir o recolhimento do FINSOCIAL e contribuição para a seguridade social,

executando judicialmente as empresas que não recolham, como forma de garantir os recursos de destinação específica para a saúde;

- criar taxa de Saúde que será cobrada sobre o lucro das atividades extrativistas, das indústrias de agroquímicos, de metalurgia, petroquímica e química fina, dado o elevado risco e dano que provocam à saúde humana e ambiente.

Considerou-se pertinente destinar de 10 a 15% dos orçamentos fiscais de cada esfera de governo (União, estados e municípios) exclusivamente para a área da Saúde, com acompanhamento da execução orçamentária pelos respectivos Conselhos, bem como destinar pelo menos 30% do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde.

Sobre o repasse de recursos do SUS - mecanismos e critérios, a IX CNS deliberou:

- deve ser garantida a transferência de recursos para a saúde aos estados e municípios e, ao mesmo tempo, a democratização da gestão de recursos da Seguridade Social. Todo o orçamento do Ministério da Saúde deve ser centralizado no Fundo Nacional de Saúde. A transferência de recursos aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde deve ser feita de forma regular e automática, vinculada à existência de Conselhos constituídos na forma da lei;

- os critérios de transferência federal de recursos devem obedecer aos princípios definidos na Lei 8080. Enquanto estes critérios não forem regulamentados, devem ser buscadas alternativas, preservando as diretrizes legais definidas e garantindo, no mínimo, no repasse global e automático, a manutenção da rede hospitalar e ambulatorial, a partir de série histórica de gastos dos estados e municípios, além dos investimentos, das ações de saúde coletiva, bem como para os novos serviços executados diretamente pelos municípios;

- deve-se considerar na partilha o gasto realizado diretamente pelo Governo Federal nos estados e municípios;

- o Conselho Nacional de Saúde deve definir o montante global de recursos federais e os percentuais destinados a cada uma das esferas de governo, segundo as atribuições legais estabelecidas e a transferência progressiva de responsabilidade aos governos estaduais e municipais;

- delega-se ao Conselho Nacional de Saúde, para no prazo de até 60 dias após a publicação deste Relatório, definir instrumentos que operacionalizem de maneira mais ampla e objetiva os critérios de partilha legalmente estabelecidos pela Lei 8080;

- os Conselhos Estaduais de Saúde, devidamente constituídos segundo a lei, igualmente deverão estabelecer montante e percentuais de recursos estaduais a serem repassados, regular e automaticamente aos municípios, bem como a transferência da rede de serviços segundo a prescrição constitucional.

As seguintes medidas também se impõem:

- promover a aplicação imediata do artigo 3º da Lei 8142 que define que até a regulamentação do artigo 35 da Lei 8080, o repasse dos recursos seja efetuado por critério populacional, sendo que 70% deve ser destinado aos municípios e 30% aos estados;

- considerar os fluxos migratórios temporários em função de práticas de cultivos regionais e do turismo no critério populacional para o financiamento, contido no artigo referido anteriormente;

- assegurar o cumprimento do artigo 33 da Lei 8080 que estabelece a obrigatoriedade dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde;

- elaborar planos estaduais e municipais de investimentos, ascendentes, aprovados pelos

Conselhos de Saúde, que deverão apontar as prioridades na alocação dos recursos financeiros disponíveis, acabando com o clientelismo na destinação destas verbas, sejam elas federais, estaduais ou municipais. Os Conselhos de Saúde, em cada nível de gestão, devem analisar periodicamente as contas do SUS, publicando a cada 3 meses uma análise das mesmas, em linguagem acessível aos usuários;

- destinar recursos de investimento específicos para recuperação e ampliação da rede pública, inclusive das unidades repassadas pela União e estados;
- destinar recursos específicos para o financiamento de medicamentos de uso contínuo e de procedimentos de alto custo, estabelecendo financiamento para expansão de indústria oficial de produção farmacêutica e de imunobiológicos, assegurando-se a qualidade e garantindo a cobertura, sendo que parte dos recursos devem ser destinados à pesquisa;
- destinar recursos específicos para a pesquisa científica e tecnológica;
- proibir o desconto das despesas com saúde, pagamento a convênios, planos de saúde e seguridade privada no Imposto de Renda;
- não repassar recursos do SUS para a rede de serviços das forças armadas e polícias militares enquanto as mesmas não estiverem abertas à população.

5.5. Com relação a Recursos Humanos:

Para a efetiva implantação do SUS é indispensável uma política nacional de recursos humanos, que compatibilize diferentes situações de servidores oriundos de distintos vínculos contratuais de modo a assegurar a operação adequada do sistema. O ponto principal desta política deve ser a criação de quadros de profissionais de saúde em cada esfera de governo, com a implantação do plano de carreira no SUS que obedeça aos seguintes princípios gerais:

- Regime Jurídico Único em cada esfera de governo, respeitando as autonomias e o definido na Constituição Federal;
- que o plano englobe todos os trabalhadores do SUS, designando-se, portanto, como carreira multiprofissional ou carreira única de saúde;
- que, com os recursos de Saúde de cada esfera de governo, seja viabilizada, também, a implantação e a execução dos planos de carreira e de cargos e salários;
- que seja garantido o ingresso no serviço público exclusivamente por concurso público, sob supervisão dos Conselhos de Saúde, não sendo permitida a contratação de servidores por prestação de serviços ou por meio de contra-recibo, nem através de terceiros;
- que se adote a isonomia salarial em cada esfera de governo, por nível de escolaridade, com nívelação pelo salário mais alto, considerando-se também a complexidade na formação;
- que se proíba a remuneração baseada na produtividade, definindo-se salários fixos e criação de adicionais por condições especiais de trabalho - local, distância, turno, etc. - e adicional de desempenho;
- que se valorize a dedicação exclusiva no SUS;
- que seja assegurada a progressão permanente na carreira. A progressão deverá ser dada tanto por tempo de serviço ou antiguidade como por qualificação ou mérito;
- que os cargos de chefia sejam previstos na carreira, reduzindo-se ao mínimo os cargos de livre provimento (cargos de confiança). Nenhum cargo de chefia deve ser ocupado por proprietários ou sócios de serviços privados contratados ou conveniados, do setor privado ou filantrópicos;
- que os cargos de gerência possam ser ocupados por qualquer servidor público, independente da profissão, garantindo-se sua qualificação;

-
- que se estabeleçam critérios para a redistribuição de servidores federais e estaduais, respeitando as necessidades dos serviços de acordo com as demandas da população;
 - que seja assegurada política de formação e capacitação de recursos humanos, que se articule com os órgãos formadores;
 - que se avalie o desempenho profissional com critérios definidos no PCCS;
 - que se adeque periodicamente os PCCS às necessidades do SUS, mediante negociação trabalhadores-governo, prevendo-se o contrato coletivo de trabalho;
 - que os PCCS garantam que as funções gerenciais e técnicas sejam ocupadas preferencialmente por funcionários de carreira, com qualificação específica para o exercício da função;
 - que se garanta pleno direito de sindicalização e de greve, cabendo aos trabalhadores instituir mecanismos que atendam às necessidades dos usuários durante a greve. Devem também os governos federal, estaduais e municipais, estabelecer processos permanentes de negociação coletiva de trabalho com as entidades sindicais dos trabalhadores de saúde, objetivando definir, entre outras, data-base, piso salarial e sistemática de reajustes;
 - que sejam garantidas condições dignas de trabalho técnicas e operacionais a todos os profissionais de saúde e uma política de saúde ocupacional efetiva.

Outros elementos e ações para a efetiva implementação de uma política de recursos humanos para o SUS incluem:

- promover a imediata regulamentação do art. 200 inciso III da Constituição Federal que atribui ao SUS a tarefa de "ordenar a formação de recursos humanos";
- contemplar e garantir a qualificação e/ou formação permanente, permitindo a evolução do trabalhador na carreira;
- garantir escolas de formação de trabalhadores de saúde nas Secretarias de Saúde ou através de articulação com Secretarias de Educação, Universidades e outras instituições públicas de ensino superior;
- promover a revisão dos currículos profissionais adequando-se às realidades sócio-epidemiológicas e características étnico-culturais das populações, especialmente dos povos indígenas;
- implementar atividades que favoreçam a tomada de consciência dos servidores quanto a seus direitos e deveres, bem como os dos usuários;
- estender aos aposentados os benefícios salariais dos profissionais na ativa;
- assegurar o estabelecimento de critérios para a formação de profissionais de nível técnico e superior na área de saúde. Tais critérios, definidos pelo SUS, devem ser considerados pelo Conselho Federal de Educação - MEC para a abertura de novos cursos na área de saúde e para a aprovação de currículos dos cursos já em funcionamento. Devem ser garantidos campos de estágios curriculares, de pós-graduação em diversas áreas e de residências médicas e de outras categorias profissionais. A docência poderá ser feita, inclusive por profissionais da própria rede, após capacitação dos mesmos para tal;
- garantir, no nível local de gerenciamento do SUS, uma política de desenvolvimento de pessoal, de formação e capacitação dos trabalhadores da saúde, que possibilite uma atuação ética, de elevado nível técnico e não alienação do trabalhador de saúde, institucionalizando programas de repasse contínuo de informações, capacitação e atualização;
- promover a adequação da política de recursos humanos, considerando os quadros nosológico e epidemiológico de cada região do país;
- assegurar que as Secretarias municipais e estaduais de saúde destinem recursos orça-

mentários para capacitação e treinamento dos seus quadros de pessoal e criação de núcleos de recursos humanos, com atividades de administração e desenvolvimento;

- garantir a Universidade pública, gratuita, autônoma, democrática e sem fronteiras e estabelecer mecanismos que promovam a sua efetiva inserção no SUS. Para tanto, é necessária a adequação dos currículos dos cursos da área da saúde e a articulação de seus serviços e suas funções de ensino, pesquisa e extensão com o projeto de implementação do Sistema Único, assegurando-se a existência de mecanismos de avaliação contínua do ensino em saúde;

- introduzir no currículo de formação dos profissionais de saúde, estágio compulsório na rede básica de serviços, em íntimo contato com as realidades locais, objetivando a adequação profissional à realidade social;

- promover a incorporação e participação da Universidade em projetos interinstitucionais e multidisciplinares que tenham como principal objetivo a preservação do meio ambiente, a saúde e a educação das comunidades locais;

- garantir a manutenção de programas de residência médica pelas unidades do SUS e ampliação do número de vagas, contemplando também as demais categorias profissionais da área de saúde. Os programas de residência médica e de outras categorias profissionais nos atuais hospitais do INAMPS e hospitais universitários não deverão sofrer descontinuidade;

- promover a recuperação da dignidade da carreira de docência;

- garantir a formação de profissionais com visão integral, comprometimento social e formação geral;

- promover a formação e sensibilização dos profissionais de saúde sobre os aspectos de gênero nas relações entre saúde e trabalho, assegurando a existência de profissionais com visão de Vigilância Sanitária e da Epidemiologia e demais aspectos relacionados à saúde do trabalhador;

- qualificar agentes comunitários em larga escala para ingresso no serviço público;

- priorizar a qualificação dos níveis médio e elementar;

- recuperar a infra-estrutura das escolas de formação de profissionais de saúde: hospitais, ambulatórios, laboratórios, bibliotecas e recursos para pesquisa;

- promover a inclusão da fitoterapia e outras práticas alternativas nos currículos da área de saúde;

- assegurar a aplicação da portaria 3214 e normas regulamentares do Ministério do Trabalho para os servidores da saúde estendendo para os demais funcionários públicos;

- assegurar o cumprimento da lei do exercício profissional da enfermagem que exige a qualificação do atendente, desenvolvendo-se cursos supletivos de 1º grau em todos os estados, por ser requisito desta qualificação;

- promover apoio à criação de núcleos de discussão da educação em saúde no âmbito dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de saúde;

- garantir a atuação de equipes multiprofissionais nas unidades do SUS.

Foi aprovada a extinção do duplo vínculo no SUS e pleiteado que sejam assegurados aos servidores do INAMPS cedidos ao Estado ou Município todos os direitos enquanto servidores federais, mantendo o vínculo de trabalho (estatutário) com a União. Foi ainda proposta a criação de núcleos de saúde do trabalhador.

Finalmente, acordou-se que alguns dos pontos contidos na proposta do Relator – Final, por necessidade de aprofundamento dos debates, seriam retomados quando da realização da Conferência sobre Recursos Humanos, a qual, para resguardar a representatividade da Plenária Final, deverá ser paritária entre usuários e demais segmentos. Dentre esses pontos, vale ressaltar: duração da jornada de trabalho dos profissionais de saúde e forma de preenchimento dos cargos de chefia.

6. CONTROLE SOCIAL

A prática do controle social sobre políticas e atividades envolvidas com a Seguridade Social e promoção da qualidade de vida da população é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania.

Para que se concretize, é importante que os movimentos populares criem e mantenham seus foros independentes e autônomos, buscando a discussão dos problemas e as soluções para as questões de saúde, numa perspectiva transformadora. A participação, independente de sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação da estrutura social. Nesse sentido, é inegável a importância da participação dos sindicatos, partidos políticos e demais organizações populares na luta por essas transformações. A preservação da autonomia e independência dos movimentos sociais é fundamental para evitar a sua instrumentalização. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde.

O fortalecimento das instâncias públicas como foros legítimos de articulação e resolução dos conflitos de interesses que permeiam as relações entre o Estado e a Sociedade é uma necessidade imperiosa, particularmente na atual conjuntura de nosso país, face às investidas de interesses privatizantes contrários à distribuição equitativa da renda nacional e dos benefícios sociais.

No campo da Seguridade Social, os Conselhos instituídos pela legislação vigente, com representação do Estado, trabalhadores, usuários, empresários e profissionais do setor são instrumentos privilegiados para o exercício do controle social.

No que diz respeito aos Conselhos de Saúde tem-se observado o não cumprimento efetivo da Lei Orgânica de Saúde sob diversas formas: indicação de representantes dos usuários pelo poder executivo; transformação do Secretário de Saúde em presidente nato do Conselho; não implantação dos Conselhos ou então sua criação sem lhes atribuir caráter deliberativo; depósito dos recursos alocados aos fundos em contas correntes de denominação indicada pela prefeitura; ausência de divulgação das ações realizadas pelos Conselhos; desvinculação dos Conselhos das Conferências de Saúde; desrespeito ao princípio da paridade entre usuários e demais segmentos.

Em função desses e outros problemas, torna-se indispensável a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social já existentes.

Para Tanto, a IX CNS propõe:

6.1. Com relação aos Conselhos de Saúde:

- Fortalecimento dos Conselhos de Saúde, por meio das seguintes providências:
- garantir a implantação dos Conselhos de Saúde nos diversos níveis, no máximo até 6 meses após a publicação deste relatório;
 - garantir autonomia financeira aos Conselhos, constituindo-os como unidades orçamentárias em cada esfera de governo;

-
- definir a constituição dos Conselhos com a seguinte composição: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de Saúde e 25% de governo e prestadores de serviços;
 - tornar obrigatória a prévia divulgação da constituição dos Conselhos e sua instalação, sendo principais meios de comunicação locais;
 - que sejam criadas comissões-assessoras em temas específicos de saúde;
 - estabelecer as Conferências de Saúde como fóruns para a definição das regras para formação, funcionamento, mandato e mecanismo de escolha de representantes dos diferentes segmentos que integram o Conselho;
 - incluir, onde houver aldeamento, tribos ou nações indígenas, um representante no mesmo nos Conselhos;
 - incorporar, nos Conselhos, representantes de fóruns mais amplos, a exemplo da Plenária Nacional da Saúde;
 - definir o mandato dos conselheiros independente do mandato do chefe do Poder Executivo respectivo, sugerindo-se que tenha a duração de dois anos;
 - garantir a representatividade regional na composição dos Conselhos Estaduais de Saúde;
 - recomendar que a indicação dos representantes de usuários e trabalhadores de Saúde se dê em assembleia geral de suas entidades.

Adicionalmente, a IX CNS recomenda:

- que o conselheiro candidato a cargo eletivo para o Poder Executivo ou Legislativo de qualquer nível de governo deverá ser afastado temporariamente, pelo prazo de três meses antes da eleição, com posse ao substituto;
- que a atividade de conselheiro, enquanto tal, não deverá ser remunerada, devendo ser considerada de interesse e relevância públicos, para fins e efeitos legais;
- que seja concedida estabilidade de emprego aos conselheiros, no período da nomeação até um ano após o término do mandato, inclusive aos conselheiros já empregados em Conselhos que atendam aos dispositivos da Lei 8142.

Quanto à representação dos usuários, a IX CNS recomenda:

- que para efeito da composição dos Conselhos, os usuários sejam representados sempre por entidades populares, representantes de trabalhadores, entidades da sociedade civil voltadas para a organização de usuários do SUS e outras de natureza similar. Não devem ser incluídas entidades que não representem efetivamente usuários, tais como Clubes de Serviço, Associações de Empresários, etc. Devem ser feitos esforços para que a lei que regulamentar cada Conselho incorpore essa definição;
- que o trabalhador de saúde não possa ser representante de usuários.

Quanto à gestão e atribuições dos Conselhos, a IX CNS propõe:

- que os Conselhos devem, em sua composição, ser paritários entre usuários e demais segmentos, ter caráter deliberativo e fiscalizador, com autonomia, inclusive quanto à dotação orçamentária;
- que os Conselhos devem ter gestão colegiada, devendo o presidente ser eleito entre os membros do Conselho;
- que os Conselhos devem elaborar e aprovar regimento interno, que deverá ser revisado

nas Conferências da Saúde;

- que os Conselhos devem elaborar, apreciar e aprovar os planos municipais de Saúde, recusando planos padronizados elaborados por empresas privadas, que sirvam apenas como instrumento de captação de recursos;
- que os Conselhos devem aprovar as diretrizes orçamentárias, fiscalizar o repasse, avaliar a aplicação dos recursos e apreciar relatórios de gestão dos fundos;
- que os Conselhos devem avaliar as condições de funcionamento do Sistema de Saúde;
- que os Conselhos devem receber e averiguar denúncias dos usuários quanto aos serviços de saúde, encaminhando as soluções cabíveis;
- que os Conselhos devem apreciar, aprovar e divulgar campanhas de educação em saúde em todos os níveis do SUS, devendo ser criados mecanismos de controle sobre as propagandas de álcool, tabaco, medicamentos e agrotóxicos;
- que os Conselhos devem estabelecer critérios para a designação de ocupantes de cargos de livre provisão;
- que os Conselhos devem fazer cumprir a legislação pertinente à sua área de atuação, incluindo o Código de Defesa do Consumidor.

Quanto ao funcionamento dos Conselhos, em seus vários níveis, a IX CNS recomenda:

- que se reúnam obrigatoriamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que necessário;
- que suas reuniões sejam abertas ao público, com pauta e data divulgadas previamente pela imprensa;
- que tenham autonomia de se autoconvocar;
- que sejam asseguradas, pelo Poder Público, condições adequadas para seu funcionamento, inclusive infra-estrutura administrativa, assessoria técnica e acesso à informação;
- que o Ministro ou Secretários de Saúde possam deliberar "ad referendum", sobre assuntos que estejam na órbita de competência dos Conselhos, devendo submeter sua decisão ao respectivo Conselho na primeira reunião subsequente; caso isso não ocorra, seu ato perderá a validade;
- que seja acrescentado ao parágrafo 2º do Art. 1º da Lei 8142: "... as decisões retornam ao Conselho para apreciação e decisão caso não sejam homologadas pela autoridade competente";
- que seja susgado o repasse de verbas, caso os Conselhos não funcionem durante 6 meses até a normalização de suas atividades, devendo ser acionado o Ministério Público;
- que seja estimulado o intercâmbio entre Conselhos de Saúde e entre estes e outros Conselhos da área social, para análise de problemas comuns e articulação de suas ações;

Com relação ao acesso à informação, para viabilizar o pleno funcionamento dos Conselhos, é necessário atender, ainda, às seguintes propostas:

- garantia de acesso, aos Conselhos, a todas as fontes de dados e informações da administração sobre a questão financeira da Seguridade Social e vigilância epidemiológica;
- destinação aos Conselhos, em todos os níveis de governo, de recursos específicos para divulgação do trabalho realizado. Estes recursos devem ser assegurados pelo poder público;
- obrigatoriedade dos órgãos governamentais e setor privado contratado ou conveniado em prestar toda e qualquer informação necessária ao adequado cumprimento das competên-

cias dos Conselhos, fornecendo inclusive, estudos e assessoria técnica;

- treinamento, através de Oficinas de Trabalho periódicas, para a capacitação dos conselheiros municipais para exercerem corretamente suas atribuições, dando informações específicas e necessárias sobre como funciona o sistema;
- articulação com o Setor Educação para divulgação de informações sobre Saúde e o SUS, sem se limitar às formas curriculares;
- garantia de que as informações sobre Saúde sejam veiculadas para o público em geral através dos meios de comunicação, instituições e movimentos sociais;
- criação de programas de comunicação social nos diferentes meios locais para a divulgação das ações de saúde, das resoluções dos Conselhos e de dados sanitários e epidemiológicos do local, sob supervisão dos Conselhos de Saúde;
- criação de cartilhas para profissionais de saúde e usuários sobre legislação, composição, atuação, atribuições e competência dos Conselhos;
- que os Conselhos de Saúde constituam, quando necessário, assessorias técnicas de informação, em todos os níveis de governo, com uniformidade, transparência, amplitude, qualidade e fidelidade.

6.2. Com relação aos Conselhos Gestores, a IX CNS propõe:

- que seja obrigatória a implantação e fortalecimento dos Conselhos Gestores em todas as unidades prestadoras de serviços, dentro dos prestadores da Seguridade Social, respeitando a paridade dos usuários em relação às outras representações;
- que os Conselhos Gestores de Unidades, assim como os outros Conselhos, tenham caráter deliberativo e controlador, no seu nível de atuação, respeitadas as normas técnicas de execução;
- que as instituições privadas, ao participarem do Sistema Único de Saúde, de forma complementar, fiquem sujeitas às diretrizes gerais, sob o controle dos Conselhos de Saúde, devendo também ter Conselhos Gestores;
- que os membros dos Conselhos Gestores sejam eleitos pelos seus pares, na comunidade e no serviço;
- que os Conselhos Gestores, em todos os níveis, participem do processo anual de elaboração e definição do orçamento e sejam informados de todo processo de suplementação de recursos;
- que sejam instaladas urnas para recebimento de sugestões e reclamações em todas as unidades e serviços de saúde, para uso do Conselho Gestor.

6.3. Com relação às Conferências de Saúde:

As Conferências de Saúde são foros deliberativos, fundamentais para a democratização do processo decisório e debate e difusão das melhores alternativas para a saúde do cidadão.

Com vistas a assegurar condições para que se cumpra esse objetivo, a IX CNS propõe:

- que o caráter deliberativo das Conferências deverá ser garantido por lei específica;
- que seja promovida a realização de Conferências, em caráter obrigatório, em todos os níveis, com a seguinte periodicidade:

-
- municipal, no máximo de 2 em 2 anos;
 - estadual, de 2 em 2 anos;
 - nacional, de 4 em 4 anos.
- que as Conferências possam ser convocadas, extraordinariamente, pelos respectivos Conselhos de Saúde;
 - que a realização de Conferências não coincida com as eleições no país, nos seus respectivos níveis;
 - que as despesas com a participação dos Delegados nas conferências, nos diversos níveis, sejam custeadas pelo poder público, assegurando-se condições para a efetiva participação de todos;
 - que, nas Conferências Nacionais, os delegados eleitos na Etapa Estadual representem a maioria, não devendo a delegação de instituições federais e entidades de âmbito nacional exceder a 20% do total de delegados;
 - que as Conferências Nacionais de Saúde entreguem, com antecedência mínima de 30 dias, uma "tese-guia" baseada nos relatórios da Etapa Estadual.

6.4. Com relação à atuação do Ministério Público, a IX CNS propõe as seguintes atividades com vistas ao controle público das ações de Saúde:

- atuar com maior rigor no sentido de fazer cumprir o texto constitucional e a legislação pertinente à Seguridade Social;
- acompanhar e fiscalizar o funcionamento dos Conselhos, a legitimidade e paridade de sua composição;
- criar uma Curadoria de Saúde nos diferentes níveis;
- enviar aos Conselhos Municipais de Saúde orientações sobre os procedimentos jurídicos que possam ser utilizados por estes ou pelos usuários quando seus direitos forem desrespeitados;
- assegurar proteção contra retaliações pessoais e nas relações de trabalho ao prestador de serviços de saúde que denuncie irregularidades praticadas por instituição ou profissionais de saúde.

6.5. São propostos ainda como mecanismos de controle:

- criação de Plenárias e de Conselhos Populares e Sindicais nos estados e municípios, em caráter permanente, com o objetivo de subsidiar técnica e politicamente os Conselhos e o SUS;
- assegurar aos Conselhos Profissionais e às entidades sindicais representativas dos trabalhadores de Saúde o direito à fiscalização do ambiente e condições de trabalho e da qualidade do atendimento à população;
- fomentar a realização, pelos sindicatos, federações e confederações, do controle das ações de higiene e saúde do trabalhador e de segurança do trabalho, bem como o acompanhamento das ações de medicina do trabalho;
- atribuir aos sindicatos poderes para o exercício da fiscalização sobre o recolhimento das contribuições devidas à Seguridade Social, inclusive o de notificar administrativamente o órgão previdenciário e o de ajuizar caso não haja providência administrativa em tempo hábil.

Com relação ao acesso à informação:

O acesso à informação é fundamental para garantia da democratização e viabilização do SUS. O controle das atividades de saúde por parte da sociedade só é possível se houver acesso livre à informação de boa qualidade, apresentada de forma clara e acessível a todos.

Por ser um direito constitucional, o acesso à informação deve ser incluído na Lei Orgânica de Saúde.

Deve ser garantida a transparência nas administrações, com acesso da população às seguintes informações: quem recolhe tributos e contribuições sociais, quanto e quando recolhe, quanto é orçado, quanto é repassado, quanto foi gasto e onde e se as autorizações de gasto estão de acordo com o planejado.

Deve ser estimulada a criação do Sistema Nacional de Informações de Saúde, descentralizado, que permita a produção e disseminação de informações sobre condições e serviços de Saúde em todos os níveis do SUS.

Deve haver a destinação, pelos estados e municípios, de recursos específicos para a área de informação devendo ser organizados bancos de dados acessíveis aos usuários do SUS.

Deve ser assegurada facilidade de acesso, em todos os níveis, às informações sociodemográficas e epidemiológicas existentes nos grandes bancos de dados nacionais, mediante divulgação mais ampla e frequente dos dados necessários para melhor diagnóstico, planejamento e avaliação das ações de Saúde.

Deve ser assegurado o acesso à informação para pessoas portadoras de deficiências visuais e auditivas.

6.6. Os Meios de Comunicação têm um importante papel a cumprir na difusão da informação à população. Assim, a IX CNS propõe especificamente:

- o apoio ao projeto de lei sobre democratização dos meios de comunicação que trará ao Congresso;

- que seja estabelecida uma Política de Controle Social dos meios de comunicação, através dos seguintes tópicos:

- que as concessões públicas a meios de comunicação e informação sejam condicionadas à veiculação de matérias institucionais sobre ações de saúde, sem ônus para o SUS;

- que haja garantia de espaço gratuito nos Meios de Comunicação de Massa para informações, em linguagem acessível, das atividades dos Conselhos de Saúde, bem como do Sistema Único de Saúde como um todo, no sentido de melhorar o nível de informação em saúde dos profissionais e da população em geral;

- que a Política de Comunicação Social do SUS siga as orientações definidas pelos Conselhos de Saúde nos respectivos níveis de governo;

- que as Assessorias de Imprensa das instituições públicas integrantes do SUS exerçam ações de caráter institucional, voltadas ao atendimento do usuário, à informação da comunidade, com ênfase à conscientização da cidadania e a prevenção em saúde;

- que os serviços de Comunicação Social das instituições públicas do SUS estejam permanentemente à disposição dos Conselhos de Saúde nas suas respectivas esferas de gestão;

- que os serviços de Comunicação Social desenvolvam atividades relativas a aferição, interpretação, diagnóstico e avaliação das idéias e opiniões colhidas junto aos usuários e profissionais do SUS, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo Sistema;

-
- que os planos de produção, mídia, gastos em publicidade das instituições públicas do SUS sejam submetidos à aprovação dos Conselhos de Saúde nos seus respectivos níveis de gestão;
 - que as instituições integradas ao SUS sejam responsabilizadas por mensagens institucionais de sua autoria consideradas enganosas ou mentirosas, assegurando-se aos Conselhos de Saúde o direito de resposta em igual tempo, com as mesmas condições de produção, sendo os custos decorrentes cobertos integralmente pela instituição infratora;
 - que seja proibida a propaganda de medicamentos nos meios de comunicação de massa.

7. OUTRAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

São também recomendações da IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE:

- que o Conselho Nacional de Saúde determine aos gestores do SUS a criação de Centrais de Atendimento ao Usuário, com o objetivo de assegurar o atendimento e o encaminhamento dos usuários, atuando também como canal de comunicação entre usuários e serviços do SUS;
- que haja a informatização dos Planos de Saúde, Fundo de Saúde, Aplicação dos Recursos, Indicadores de Saúde e da qualidade da assistência, bem como dos Conselhos, obrigatória em todos os municípios, estados e em nível nacional, para servirem de instrumentos aos respectivos Conselhos para o acompanhamento da implantação do SUS;
- que o Conselho Nacional de Saúde determine às instituições integradas ao SUS, em particular aos gestores do sistema, a utilização de linguagem e identidade visual única na sinalização das unidades de saúde, dos impressos e veículos, de conformidade com a logomarca do SUS;
- que as instituições integradas ao SUS tenham afixada na fachada marca identificatória do SUS;
- que sejam afixadas em todas as unidades de Saúde integradas ao SUS, em local visível, cartaz ou edital contendo os direitos do usuário, com número de telefone e endereço para encaminhamento de reclamações ou sugestões;
- que sejam assegurados recursos para a produção de material educativo, gráfico e audiovisual;
- que se faça uso dos meios de comunicação alternativos (igreja, jornal local, teatro de rua, informativos de entidades populares e sindicais, etc.) para a divulgação de informações referentes à Saúde;
- que sejam realizadas campanhas de esclarecimento à população a respeito do papel e funcionamento dos Conselhos de Saúde e de Seguridade Social, objetivando a sua atuação efetiva;
- que sejam desenvolvidas campanhas objetivando desestimular que o movimento sindical incorpore nos acordos coletivos a exigência de plano de saúde privado e seja estimulada a utilização e o controle sobre o funcionamento dos serviços públicos;
- que seja reincorporada ao sistema público estatal a Fundação das Pioneiras Sociais, rejeitando-se o modelo de cogestão que a privatizou;
- que seja impedida, em todo o território nacional, a ação de entidades, nacionais ou internacionais, que promovam indiscriminada ou compulsoriamente o controle de natalidade, repudiando a esterilização em massa de mulheres;
- que seja garantido o pagamento da reposição dos 147% a todos os aposentados;
- externar o repúdio à privatização do seguro por acidente do trabalho;
- exigir dos prefeitos e vereadores o compromisso público com os princípios e diretrizes do SUS e com as deliberações da IX CNS, visando a sua imediata operacionalização;
- que seja garantida a operacionalização pelo SUS das atividades referidas nos incisos II e IV do artigo 200 da Constituição Federal, que trata da Vigilância À Saúde do Trabalhador e da fiscalização e inspeção de alimentos e bebidas, ainda hoje impropriamente executadas pelos

Ministérios do Trabalho, da Agricultura e das Minas e Energia.

- que haja o repasse de informações das Conferências de nível municipal e estadual para os participantes das conferências nacionais;

- que sejam enviadas as conclusões da II. Conferência, no prazo de 60 dias, para os participantes da mesma e para estados, municípios, conselhos e outras instituições e órgãos que se julgar necessário como incentivo à municipalização;

- que sejam realizadas conferências sobre temas específicos (Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Saúde Indígena, Recursos Humanos, Comunicação Social e Saúde, Vigilância Sanitária, Saúde Bucal, Ciência e Tecnologia, Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Política de Alimentação e Nutrição, etc), no prazo máximo de 8 meses após a publicação deste Relatório;

- que seja garantido a todos os segmentos sociais organizados o acesso à divulgação do Relatório Final e dos Anais da IX CNS, nas diversas instâncias do SUS, e que também seja responsabilidade dos delegados à etapa nacional a sua divulgação nas suas regiões de origem.

Finalmente, cabe ressaltar que este Relatório Final expressa um momento de reflexão sobre a tarefa de implantação da Reforma Sanitária no país. Reportando-se aos princípios que a regem, expressos no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde e consagrados no texto constitucional, reafirmando-os e oferecendo propostas para que se concretizem, as deliberações da IX CNS avançam na direção de explicitar tarefas e responsabilidades dos diversos atores sociais aos quais incumbe a implementação do SUS.

Sua contribuição, no entanto, ultrapassa o setor Saúde. Ao declarar imprescindível a democratização do Estado, o acesso à informação, o fortalecimento dos mecanismos de controle social e o comprometimento das diversas instituições sociais - civis ou estatais - para que se obtenha como resultado a ação estatal almejada, a IX CNS aponta o caminho de modernidade e de democracia que a sociedade brasileira deseja para todos os setores da vida social.

Por essa razão, é tido como certeza que cada Conselho de Saúde, na sua esfera, cumprirá e fará cumprir as resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde.

Brasília, 14 de agosto de 1992.

IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Comissão Organizadora

Coordenador: José Eri Osório de Medeiros

Comitê Executivo

Coordenador: José Eri Osório de Medeiros

Coordenador Adjunto: Mauro Daisson Otero Coulart

Secretário: Amaro Luiz Alves

Assessor de Orçamento e Finanças: Erasmo Ferreira da Silva

Assessora de Orçamento e Finanças Adjunta: Jurema Malcher Fonseca

Relator: Arlindo Fábio Gómez de Sousa

Relator Adjunto: Jorge Antonio Zepeda Bermudez

Relatora Associada: Maria Elizabeth Diniz Barros

Assessoria de Planejamento:

Coordenador: Arlindo Fábio Gómez de Sousa

Coordenadora Adjunta: Maria Elizabeth Diniz Barros

Coordenador Adjunto: Francisco Cruz Barbosa Lopes

Assessoria Internacional:

Coordenadora: Maria Angélica Gomes

Grupo de Trabalho de Articulação Estratégica:

Coordenador: Paulo Antonio Gomes Dantas

Coordenadora Adjunta: Jacinta de Fátima Sena da Silva

Grupo de Trabalho de Comunicação Social:

Coordenador: Antonio Manoel de Oliveira

Coordenadora Adjunta: Thereza Christina Aguiar Tavares

Grupo de Trabalho Técnico:

Coordenador: Nelson Rodrigues dos Santos

Coordenadora Adjunta: Ângela B. Pinheiro Machado

Apoio Administrativo:

Coordenadora Administrativa: Olivia F. da Silva Corrêa

Secretaria: Claudia Spinola Leal Costa

COLABORADORES DA ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO:

Alaor Carlos, José Roberto Velho da Cruz, Maria Emília Rocha Mello de Azevedo, Samara Rebelo Vieira Nitão.

COLABORADORES DO G. T. DE ARTICULAÇÃO ESTRATÉGICA:

Antonio Evandro Melo de Oliveira, Artur Ramos Filho, Carlos Eduardo Mosconi, Euclides Scaletto Gil Freire Barbosa, Hésio Cordeiro, Mônica Valente, Mérico Vieira Ângelo, Osmar Gasparino Terra, Paulo Waked Victor, Pedro Bevenuto Júnior, Sinoel Batista.

COLABORADORES DO G. T. DE COMUNICAÇÃO SOCIAL:

Aglaiê Lavoratti, Ana Palma, Armando Lacerda, Eugênia Lacerda, Hosana Seiffert, Jane Avelaert, Jandira Riela, Juan Gomes (Foto OBJETIVA PRESS), José Otávio da Rosa Ferlauto, Larissa Hortoni, Lanes Lopes, Maria Helena, Marcos Pinheiro, Mirian Guaraciaba, Rogério Dy La Fuente.

COLABORADORES DO G. T. TÉCNICO:

Eugênio Vilaça Mendes, José Paranaguá Santana, João Muller Neto, Luciano Junqueira, Zélio Baungarten, Sarah Escorel, Sergio Piola.

COLABORADORES DO APOIO ADMINISTRATIVO:

Leila Duarte, Sheyla Cristina Ayala Macedo, Noline Cristina Alvares de Carvalho.

COLABORADORES DA RELATORIA:

Anamaria Testa Tambellini, Ana Maria Figueiredo Souza, Ana Célia Pessoa da Silva, André Luis Bonifácio de Carvalho, Antonio Ivo de Carvalho, Ary Carvalho de Miranda, Alina Maria d. Almeida Souza, Amália Soares Santana, Cáritas Regina Basso, Clarice Melamed, Cláudia Ribeiro, Clóvis Ricardo Montenegro de Lima, Edmundo Gallo, Eliana Cristina de Santana Fidis, Elza Machado de Melo, Elza Kimura, Eunice Canuto Ferreira, Francisco de Assis Machado Reis, Francisco Carlos Cardoso de Campos, Francisco das Chagas Dias Menandro, Fernando Lefevrè, Frederico Jorge Vieira Nitão, Gilda Almeida de Souza, Gisela Flores Bellè, Guido Ivan de Carvalho, Iêda Maria Cribari de Costa, Ivani Neiva, Jacira Azevedo Cancio, Jane Sayd, Janete Lima de Castro, Jarbas Leite Nogueira, João Luiz de San Tiago Dantas B. Quental, João Repazzi Gerke, João Werner Falk, José Clovis Beschornier, José da Rocha Carvalheiro, Júlio Strubing Muller Nelo, Juan Stuardo Yazlio Rocha, Jussara Rosa Cony, Juvenal Soares Dias da Costa, Kayla Beliztia Fedman Marzochi, Laura Tavares, Leonardo Cesar Machado Coutada, Lenir dos Santos, Ligia Vieira da Silva, Ligia Giovanella, Ligia Bahia, Lucia Silva e Silva, Luciana de Barros Jaconé, Luiza Sterman Heimann, Manoel Roberto da Cruz Santos, Madel Therezinha Luz, Marco Antonio Cancio Menezes, Marcos Artemio Beschornier Ferreira, Maria Cristina L. Guedes de Mendonça, Maria Cristina Illanes Valenzuela Biott, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Maria de Fátima de Azevedo Ferreira, Maria da Glória Freitas Silva Bezerra, Maria Goretti Fernandes da Cunha, Maria Helena Barros de Oliveira, Maria José Castro D'Almeida Lins, Maria José Machado, Maria José Moraes Antunes, Maria Magda Fonseca, Maria Tereza Soares de Melo, Mário Cesar Althoff, Mário Orlando Dantas, Mário Roberto Dal Poz, Mauro Célio A. Marzochi, Mary Francis Aparecida de Ávila, Mary Higina Coelho Romeiro, Miguel Schmidt-Prym, Mirian Zampiri Santos, Murilo da Conceição Cunha Wans, Nara Rúbia Z. Lorenço, Neuza Maria Nogueira Moysés, Olenir da Silva Bonato, Oscar Bento, Ozelia Ferreira Evangelista, Patrícia Tavares Ribeiro, Paulo Afonso Boução Viana, Paulo Ricardo de Melo Ribeiro, Paulo Roberto de Souza Lima, Paulo Roberto de Santana, Pedro Altair Neves, Perce dos Santos, Raquel Abrantes Régo, Raquel

Damasceno Pinheiro, Regina Maria de Aquino Xavier, Renato P. Veras, Roseana Maria Barbosa Meira, Roseli Lopes de Macedo Leal, Rosineide A. Januário, Ronaldo Bordin, Severino Ramos de Lima, Silvio Roberto dos Anjos e Silva, Sônia Maria Souza Cavalcanti, Sonia Eliane Lafoz, Sonia Abbott Galvão Gomes, Tânia Trindade Mascarenhas, Vladimir Nepomuceno.

COMITÊ CONSULTIVO

Presidente: Raimundo Bezerra

Vice-Presidente: Deputado José Linhares

Assessor: Julio Barrios

Membros:

Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados: Deputado Euler Ribeiro; Presidente da Comissão Permanente de Assuntos Sociais do Senado Federal: Senador Almir Gabriel e representantes das entidades componentes: Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento: Solon Magalhães Vianna; Ministério da Educação: Antônio José dos Santos Peçanha e Francisco Barbosa Neto; Ministério das Relações Exteriores: Maria Elisa Teófilo de Luna Nogueira e Nodilson Ricardo Jorge; Ministério da Ação Social: Marcelo Terada, **CONASEMS:** José Roberto Vello de Cruz; **CONASS:** Mauro Daisson Otero Goulart, **CUT:** Jocélio Drummond e Darci Pinheiro de Oliveira, **CGT:** Antônio Cortizo; **Força Sindical:** Rogério Tanure Pereira e Maria Aparecida de Moraes; **CONTAG:** Hilário Gotteselg e Joselene Fátima dos Santos; **CNI:** Maria de Fátima Caatidino Mota; **CNC:** Francisco Ubiratan Dellape; **CNA:** Philemon Xavier de Oliveira; **CNTI:** Olyntho Cândido de Oliveira; **CNTC:** Antônio Wilber Bezerra e Adauto Fernandes de Oliveira; **OPAS:** Florcatino Garcia Scarpone e Eugênio Villaça Mendes; **ABRASCOD:** Arlindo Fábio Gómez de Sousa; **CFML:** Crescencio Antunes da Silveira Neto e Hércules Sidnei Pires Liberal; **CFN:** Maria Helena Villar, **CFAS:** Eda Gomes de Barros Lima e Lina Sandra Ferreira de Lemos; **CFB:** Manoel Borges de Castro e Francisco Rodrigues Soares; **ABEN-NAC/FNE/COFFEN/UNATE:** Jacinta de Fátima Sena da Silva, **Conselho Federal de Farmácia:** Thiers Ferreira e Maria Cristina Ferreira Rodrigues; **Conselho Federal de Fonoaudiologia:** Márcia Fernandes de Amorim e Maria do Rosário de Fátima Brandão de Amorim; **CFMV:** Paulo César Augusto de Souza e Marcia França Gonçalves Villa; **CFEIO:** Célia Rodrigues Cunha e João Marinônio Aveiro Carneiro; **CFP:** Neadir Ferreira da Mota e Martha Elizabeth de Souza; **CFO:** Edila Sinedino de Oliveira Maiorana; **CIMA:** Mirthes Versiani dos Anjos, Ângela Lopes Sander e Paulo Daniel da Silva Moraes; **Plenária Nacional de Saúde:** Swedenberg do Nascimento Barbosa; **CEBES:** Eleutério Rodrigues Neto e Sarah Escorial; **COBAP:** Maria Leda Rezende Dantas e Eberardo Nepomuceno; **UPI:** Beth Sueli Lopes e Tonico Ramos; **ABRAMGE:** Arlindo de Almeida e Alexandre F. M. Lourenço; **FBH:** Carlos Eduardo Ferreira e Olympio Favors D. Corrêa; **ABH:** Cláudio José Allgayer e Luiz Vicente Dutra; **FENAESS:** Julian Dieter Czapski e Antônio Dib Tajra; **FNO:** Gregório Abener Cabral; **Confederação das Misericórdias do Brasil:** José Linhares Ponte e José Luiz Spigolon; **OCB:** Amaury Barbosa da Silva; **ASERAN:** Maria do Socorro Lima e Edinilda Bispo Dristig; David Capistrano e José Maria Borges representando Secretários Municipais de Saúde do interior e das capitais, respectivamente.

Tiragem:

50.000 exemplares

Revisão:

Eugênia de Sousa Lacerda de Carvalho

Diagramação, Composição e Impressão:

Off Set Editora Gráfica e Jornalística Ltda

SIG Qd. 08 - Lote 2318 - Fone: 2256121 - Fax: 225-1448 - Brasília - DF

Brasília - DF, 1993

Distribuição gratuita. Exemplares à disposição no Ministério da Saúde Ed. Sede - 4º andar - Sala 407 - Esplanada dos Ministérios
Brasília - DF - CEP: 70.058-000