



RELATÓRIO FINAL



**CONFERÊNCIA
NACIONAL
DE SAÚDE**

E
30DB8
3cf
8

10² CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE



10² CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

RELATÓRIO FINAL

Brasília-DF, 2 a 6 de setembro de 1986

10² CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

© 1998, Ministério da Saúde

Permitida a reprodução parcial ou total desde que citada fonte e autoria.

Tiragem: 20.000 exemplares

Impresso com recursos do Ministério da Saúde

Edição: Conselho Nacional de Saúde

Secretaria Executiva

Ministério da Saúde, Bloco "G" - Ed. Anexo - Ala B - 1º andar,
salas 128 a 147

70058-900 - Brasília, DF

Telefone: (061) 225 6672 - 226 8803 - 315 2150 e 315 2151

Fax: (061) 315 2413 e 315 2472

E-mail: cns@saude.gov.br

<http://www.datasus.gov.br/conselho>

Impresso no Brasil: Printed in Brazil

Projeto Gráfico e Editorial: Práxis Cursos e Treinamento Ltda - ME

ISBN 85-334-0173-6

BIBLIOTECA Ministério da Saúde	
Registro ML 7004	Aquisição Doação R\$10,00
Data 11/11	e.

Conferência Nacional de Saúde. (10. : 1996 : Brasília)
Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde,
Brasília-DF, 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília: Min-
istério da Saúde, 1998.

98p.

ISBN: 85-334-0173-6

1. Saúde Pública. 2. Congressos. I. Brasil. Ministério da
Saúde.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro
José Serra

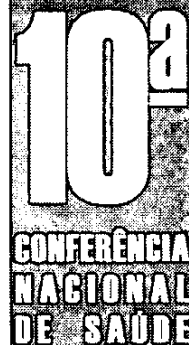
Chefe de Gabinete
Otávio Azevedo Mercadante

Secretário Executivo
Barjas Negri

Secretário de Assistência à Saúde
Renilson Rehem de Souza

Secretário de Políticas de Saúde
João Yunes

Secretária de Vigilância Sanitária
Marta Nóbrega Martinez



**COMISSÃO ORGANIZADORA DA
10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

COMITÊ EXECUTIVO

Coordenador

Nelson Rodrigues dos Santos

Coordenador Adjunto

Adnei Pereira de Moraes

Secretária Geral

Lourdes Lemos Almeida

Secretária Geral Adjunta

Mônica Zaccarelli Dávoli

Relator Geral

José Gomes Temporão

Relatores Adjuntos

*Eduardo Luiz Andrade Mota, Sílvio Pelicano, Maria Luiza Jaeger,
Antônio Ivo de Carvalho, José Carlos Ramos de Oliveira, José Leôncio Feitosa*

Grupo de Trabalho de Sistematização do Relatório Final

*Alcindo Antônio Ferla (Coordenador), Maria Luiza Jaeger, Janice Dornelles de Castro,
Soraya Maria Vargas Cortes*

**COMISSÃO ORGANIZADORA DA
10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE****REPRESENTANTES DOS SEGMENTOS QUE COMPÕEM
O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE****Ministério da Saúde***Aristel Gomes Bordini Fagundes***Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS)***Jarbas Barbosa da Silva Jr.***Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)***Gilson Cantarino O'Dwyer***Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)***Maria Elizabeth Diniz Barros***Central Única dos Trabalhadores (CUT)***Elizabeth Vieira Matheus da Silva***Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)***Zilda Arns Neumann***Entidades Nacionais de Prestadores de Serviços de Saúde***Francisco Ubiratan Dellape***Entidades Nacionais de Outros Profissionais da Área de Saúde***Eliane Schmidlin Reinhardt***Entidades Nacionais dos Portadores de Patologia e Deficiência***Gastão Antônio C. Tavares***Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)***Antônio Sabino Santos***Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos***Clair Castilhos Coelho***ASSESSORIAS PERMANENTES****Programação***Paulo Marchiori Buss, Armando Lopez Scavino, Carlyle Guerra de Macedo
e Hézio de Albuquerque Cordeiro***Comunicação Social***Thereza Christina de Aguiar Tavares e Fernando Couto de Almeida***Orçamento e Finanças***Maria Clara Rillos Mendes e Arilda de São Sabbas Paccú***Articulação***Jacinta de Fátima Senna da Silva***Assessoria de Organização***Ricardo de Freitas Scotti e Fabíola de Aguiar Nunes*

SUMÁRIO

Apresentação, 9

Introdução, 11

Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde, 13

1. Saúde, cidadania e políticas públicas, 15

2. Gestão e organização dos serviços de saúde, 23

2.1. Disposições gerais, **23**

2.2. Descentralização e municipalização da saúde, **23**

2.2.1. Comissões intergestores de saúde, **25**

2.2.2. Consórcios intermunicipais de saúde, **25**

2.2.3. Serviços públicos de saúde não incorporados ao SUS, **26**

2.2.4. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), **26**

2.2.5. Sistema de controle, avaliação e auditoria do SUS, **27**

2.3. Atribuições dos gestores do SUS, **27**

2.4. Gestão em saúde, **30**

2.4.1. Autonomia de gestão dos serviços de saúde, **31**

2.5. Relação entre os setores público e privado na área da saúde, **31**

2.5.1. Planos e seguros privados de assistência à saúde, **33**

2.5.2. Terceirização e privatização na saúde, **33**

2.6. Informação, educação e comunicação em saúde, **34**

2.6.1. Política nacional de informação, educação,
e comunicação em saúde, **34**

2.6.2. Organização e funcionamento do sistema nacional
de informação, educação e comunicação em saúde, **35**

3. Controle social na saúde, 41

3.1. Controle social sobre o SUS, **41**

3.2. Funcionamento dos Conselhos de Saúde, **44**

3.3. Composição dos Conselhos de Saúde, **45**

3.4. Autonomia dos Conselhos e conselheiros de Saúde, **45**

4. Financiamento da saúde, 47

4.1. Defesa do SUS, da seguridade social e do seu financiamento
pelo Estado, **47**

4.2. Novas fontes de recursos para a saúde, **49**

4.3. Critérios para a distribuição dos recursos da saúde, **52**

4.4. Fundo único de saúde, **54**

4.5. Planejamento, orçamentação e programação financeira
dos recursos da saúde, **55**

- 4.6. Gestão dos recursos financeiros da saúde, **55**
- 4.7. Controle e fiscalização da utilização dos recursos em saúde, **56**
- 4.8. Recursos financeiros para o setor público e para o privado (contratado ou conveniado) do SUS, **58**
- 4.9. Tabela de procedimentos do SUS, **58**
- 5. Recursos humanos para a saúde, 61**
 - 5.1. Política de recursos humanos para a saúde, **61**
 - 5.2. Administração dos trabalhadores em saúde, **63**
 - 5.2.1. Carreira, cargos e salários na saúde, **63**
 - 5.2.2. Organização do trabalho em saúde, **64**
 - 5.2.3. Relações no trabalho em saúde, **65**
 - 5.2.4. Qualificação dos trabalhadores em saúde, **66**
 - 5.3. Formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde, **67**
 - 5.4. Outras questões acerca da força de trabalho em saúde, **69**
- 6. Atenção integral à saúde, 71**
 - 6.1. Princípios da atenção integral à saúde, **71**
 - 6.2. Políticas e programação de saúde, **75**
 - 6.2.1. Saúde do trabalhador, **76**
 - 6.2.2. Saúde da mulher, **78**
 - 6.2.3. Saúde da criança e do adolescente, **79**
 - 6.2.4. Saúde na terceira idade, **80**
 - 6.2.5. Saúde dos povos indígenas, **80**
 - 6.2.6. Saúde mental, **81**
 - 6.2.7. Saúde bucal, **82**
 - 6.2.8. Saúde das pessoas portadoras de deficiências, **82**
 - 6.2.9. Saúde dos portadores de doenças crônicas, **83**
 - 6.2.10. Política de medicamentos, **84**
 - 6.2.11. Política de sangue e hemoderivados, **86**
 - 6.2.12. Política de órteses e próteses, **86**
 - 6.2.13. Programas de saúde da família e agentes comunitários, **86**
 - 6.2.14. Programa de atendimento e internação domiciliar, **87**
 - 6.2.15. Ações e serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e de alta complexidade, **87**
- 7. Anexo 1 - Deliberações sobre a Norma Operacional Básica do SUS n° 1/ 96, 89**
- 8. Anexo 2 - Documentos referidos, 93**

APRESENTAÇÃO

Nestes últimos dezessete anos tive a oportunidade de participar das quatro Conferências Nacionais de Saúde realizadas no período.

A 7ª Conferência, em 1980, foi realizada no Auditório do Itamaraty, com pessoal técnico e quase nenhuma participação da população. À época, como Secretário de Saúde de São Paulo, proferi conferência sobre a expansão dos serviços básicos de saúde em áreas metropolitanas.

A 8ª Conferência, em 1986, realizada no Ginásio Esportivo de Brasília, teve intensa participação popular e praticamente mostrou o caminho posteriormente incorporado na Constituição, consagrando a idéia da universalidade do atendimento e da responsabilidade do Poder Público.

A 9ª Conferência, que fizemos realizar em 1992 quando ocupávamos o Ministério da Saúde e o clima político estava conturbado, indicou o caminho da descentralização, municipalização e participação social. A partir daí, as administrações que se seguiram no Ministério atuaram na mesma direção, formulando soluções e adotando providências sobre gestão municipal, criação de comissões intergestores bipartite, em nível estadual, e tripartite, em nível federal, apontando para a conveniência de consórcios intermunicipais entre as muitas providências expressas na Norma Operacional Básica nº 93 (NOB 93), consolidadas na Norma Operacional Básica nº 96 (NOB 96).

A 10ª Conferência, que outra vez coincidiu com minha presença no Ministério, já se apresentou com mecanismos de participação consolidados. Sua realização foi precedida por 27 Conferências Estaduais e mais de 3.000 Conferências Municipais que analisaram em profundidade o que estava ocorrendo no setor, tendo sido extraordinariamente rica nas análises e proposições.

Acredito que está sendo criada uma estrutura suficientemente sólida e participante capaz de garantir que os objetivos de longo prazo - que vêm sendo traçados a partir da Constituição de 1988 - sejam preservados e capaz, também, de fazer valer a vontade de todo o setor saúde que busca garantir e preservar o acesso ao atendimento, especialmente à população de baixa renda.

Os organizadores da 10ª Conferência, liderados por Nelson Rodrigues dos Santos, apresentam o presente Relatório resultante de todo este processo.

Estou certo de que continuaremos, todos, a lutar para que se concretizem os ideais de uma sociedade mais justa, mais solidária, mais fraterna, onde a pessoa humana seja de fato o objetivo maior de todo o nosso trabalho.

Adib Domingos Jatene

Presidente da 10ª Conferência Nacional de Saúde

INTRODUÇÃO

Este Relatório Final traduz a acumulação diária, desde a 9ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em agosto de 1992, dos exaustivos esforços de implementação do Sistema Único de Saúde com controle social realizados coletivamente por usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços, cientistas e gestores dos serviços do SUS em todo o país. Coletividade essa que, de 2 a 6 de setembro de 1996, período em que se desenvolveu a etapa nacional da 10ª Conferência Nacional de Saúde, foi representada por 1.260 delegados provenientes das Conferências Estaduais de todos os estados da União e do Distrito Federal, antecedidas por quase 3.000 Conferências Municipais de Saúde. Das atividades da 10ª Conferência Nacional de Saúde participaram também delegados de entidades nacionais, 351 convidados e 1.341 observadores. Há que se ressaltar que, conforme prevê nossa legislação, as etapas desta Conferência tiveram uma constituição paritária, com metade dos participantes representando usuários dos serviços de saúde.

Esse fenômeno de organização e participação, quer pela sua representatividade quer pela mobilização ascendente de municípios, estados e Distrito Federal e União, é aceito e reconhecido como uma das maiores expressões do exercício de democracia de um setor, no caso a saúde, não somente no país mas também fora dele.

Para o trabalho dos participantes da etapa nacional da 10ª Conferência Nacional de Saúde, foi elaborada, discutida e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, igualmente paritário e representativo da sociedade brasileira, uma programação que incluiu quatro Mesas Redondas Oficiais - nas quais foram discutidos os temas básicos da Conferência -, Mesas Redondas Complementares, temas livres, relatos de experiências e comunicações. Essas discussões disseminaram subsídios para os Grupos de Discussão, de onde emergiram as propostas que deram origem ao corpo deste Relatório, após a discussão e aprovação pela Plenária Final. A essa programação específica foram associados programas culturais e plenárias de entidades.

A qualidade das deliberações, conferida pela alta representatividade dos delegados, manifestou-se pela novidade do grande peso destinado ao tema "Gestão e Organização dos Serviços de Saúde", onde constam desde as mais detalhadas e singelas recomendações até as mais abrangentes e complexas. Também constam deliberações importantes e oportunas nos itens "Saúde, Cidadania e Políticas Públicas", com questões mais gerais voltadas à qualidade de vida dos cidadãos; "Controle Social na Saúde", que trata da consolidação e da ampliação do poder e da autonomia dos Conselhos de Saúde; "Financiamento da Saúde", com deliberações sobre a origem, utilização, controle e fiscalização dos recursos financeiros do SUS; "Recursos Humanos para a Saúde", que dispõe principalmente sobre a política, a administração e a formação da força de trabalho em saúde; e a "Atenção Integral à Saúde", com deliberações que aprofundam e consolidam novas dimensões para a atenção qualificada à saúde através do SUS.

Estas novidades têm sua explicação maior, seguramente, na intensificação dos esforços de fazer o SUS acontecer ao nível da gestão municipal e microrregional, principalmente a partir da NOB 93, o que gerou novo ânimo, expresso na frase que empolgou a plenária da 10ª Conferência Nacional de Saúde: "Onde dá SUS, dá certo!".

No conjunto, essas deliberações da 10ª CNS seguramente aprofundam, consolidam e conferem irreversibilidade ao resgate dos princípios e diretrizes do SUS e da Seguridade Social, bem como dos valores da solidariedade e à defesa, por toda a sociedade, dos direitos de cidadania, da qualidade de vida, das políticas públicas intersetoriais que ampliam a saúde e reduzem drasticamente as desigualdades sociais.

A Comissão Relatora tomou a exaustiva mas feliz iniciativa de organizar os capítulos, subcapítulos, itens e deliberações de modo a facilitar o acesso e a compreensão dos conteúdos

por qualquer interessado. Para tanto, analisou exaustivamente as deliberações originalmente aprovadas e identificou as idéias básicas de cada uma, de forma a permitir algumas aglutinações. A riqueza das idéias e a complexidade com que estavam apresentadas, entretanto, fez com que houvesse a necessidade de um Relatório extenso, organizado de forma a não prejudicar o fácil acesso e compreensão a qualquer parte, segundo o tema de interesse. Uma demonstração mais completa do movimento democrático e produtivo que foi a Conferência será certamente possível com a leitura, não somente deste Relatório, mas das discussões apresentadas nas Mesas Oficiais e Complementares.

Aos temas originalmente apresentados para a composição do Relatório Final foram acrescentados, nesta publicação, a "Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde", com o primeiro manifesto público dos participantes sobre as questões da Conferência, e dois anexos: as "Deliberações sobre a Norma Operacional Básica nº 01/96", com as discussões específicas produzidas pela primeira versão da NOB (publicada em 2/9/96), e uma tabela síntese dos "Documentos Referidos" no corpo do Relatório, com a finalidade de facilitar a localização de tais referências.

A facilitação do amplo acesso a essa produção, mais que um compromisso da Comissão Organizadora, é um desdobramento das próprias deliberações dos participantes da Conferência. Igualmente, é uma incumbência de todas as entidades que participaram desses trabalhos, já que a elas está afeta a tarefa de acompanhamento da implementação dessas deliberações. É essa atribuição que pretendemos facilitar com a disseminação de uma publicação desse porte.

Certamente, ao analisarem este riquíssimo e oportuno Relatório, a sociedade organizada, os governantes e os gestores do SUS, diretamente ou através de suas representações nos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais, saberão selecionar estrategicamente as recomendações, extremamente úteis no sentido de orientar e legitimar os esforços diários para a efetiva implementação do Sistema Único de Saúde em todo o território nacional.

Brasília, 31 de março de 1997

Nelson Rodrigues dos Santos
Coordenador da Comissão Organizadora

CARTA DA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Os delegados participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 2 e 6 de setembro, instância máxima de formulação participativa da política nacional de saúde e conquista essencial do movimento pela democratização da saúde no país, tornam pública a "Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde":

A despeito dos avanços institucionais e democráticos, as condições sanitárias e as instituições de saúde continuam em grave crise no Brasil. No centro deste processo do setor saúde, encontramos a política econômica de cunho neoliberal implementada pelo governo Federal e parte dos governos estaduais. Imposta por países e organismos internacionais e pela elite financeira nacional, desenvolve-se esta nefasta política que produz dependência e endividamento interno e externo, empobrecimento, desemprego, quebra de direitos trabalhistas, exclusão social, violência, doença e morte. Sob o discurso da "modernização" estabelece-se, de fato, o "Estado Mínimo" para as políticas sociais e o "Estado Máximo" para o grande capital financeiro nacional e internacional. Esta é a lógica entrevista por trás do atual projeto de Reforma Administrativa e do Estado, que transfere para as leis de mercado e órgãos privados a responsabilidade de atender os direitos de cidadania. A nossa "modernização" e a nossa Reforma Administrativa e do Estado são outras: não abrem mão do controle da inflação, mas não abrem mão, também, do avanço das políticas sociais de proteção pública da cidadania e da retomada do desenvolvimento sócioeconômico, de melhor distribuição da renda e do acesso universal a todos os serviços que garantem a qualidade de vida e bons níveis de saúde.

Através do processo de descentralização e consolidação da municipalização plena da saúde e da regionalização dos serviços, o SUS vem permitindo, nas cidades que avançaram na aplicação de seus princípios e diretrizes, a reversão de indicadores, a resolução dos problemas de saúde e a satisfação da população, provando sua viabilidade.

O SUS representa o exemplo mais importante de democratização do Estado, em nosso país. Reafirmamos o SUS como garantia, a toda a população, do acesso às ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde.

O texto constitucional de 1988 consagra a saúde como produto social, portanto resultante de um conjunto de direitos que envolvem o emprego, o salário, a habitação, o saneamento, a educação, o transporte, o lazer, etc. Torna-se necessária uma nova cultura de intervenções, com fortalecimento de ações intersetoriais, com participação da sociedade, parcerias e solidariedade, que dependem, também, de soluções urgentes a favor da redistribuição de renda, de políticas urbanas adequadas, de geração de emprego e reforma agrária imediata.

A construção de um novo modelo de atenção à saúde passa, necessariamente, pela maior autonomia dos municípios, das regiões e pela reafirmação da participação popular e o controle social com conselhos paritários, tripartites e deliberativos para que o SUS, cada vez mais, dê certo. Nesse sentido, destacamos :

- ▷ exigir a manutenção do princípio e conteúdo constitucional da Seguridade Social, incluindo solidariamente Saúde, Previdência e Assistência Social. Repudiamos qualquer alteração constitucional que signifique retrocesso na conquista da cidadania e dos direitos sociais;
- ▷ deflagração de ampla mobilização popular pela imediata aprovação do Projeto de Emenda à Constituição - PEC 169, que garante 30% dos recursos da Seguridade Social e, no mínimo, 10% dos orçamentos da União, estados e municípios para a saúde. Ampliação da base de arrecadação da Seguridade Social com fontes permanentes de financiamento;

- † rejeitar qualquer tentativa de invalidação do Fundo Nacional de Saúde, já regulamentado pela Lei Federal nº 8.142/91. Garantir o fim das fraudes e dos desvios de verbas através da efetiva fiscalização dos Conselhos de Saúde e a descentralização da gestão e controle em todos os níveis de complexidade dos serviços;
- † exigir a imediata discussão do projeto de Reforma do Estado do eMARE, no âmbito dos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais e a revisão de todas as propostas que ferem os princípios e diretrizes do SUS;
- † contra os modelos alternativos que se resumem à simples privatização da gestão das unidades públicas, como é o caso das fundações privadas e do PAS, que desviam recursos públicos para o lucro de poucos e prejuízo dos interesses da população, além de romperem direitos trabalhistas e fugirem dos princípios do direito público;
- † estabelecer, imediatamente, uma agenda de prioridades para a implantação de política de recursos humanos coerente com os princípios e diretrizes do SUS, que valorize o trabalho na sua qualidade e seus resultados para a população, rompendo a atual situação perversa de má remuneração e não-incentivo à qualificação e que construa um pacto ético e solidário entre os gestores, os trabalhadores de saúde e a população.

Tendo como pano de fundo a necessidade da intensa mobilização e participação popular e a expressão combativa dos participantes na 10ª Conferência Nacional de Saúde, fica reafirmado, como decisivo, o caráter intangível desta Conferência, de instância máxima de avaliação da situação da saúde e de formulação de diretrizes para a política nacional de saúde.

Ao governo cabe, agora, sem maiores delongas, comprometer-se publicamente com a implementação das suas resoluções, que terão consequência prática na medida em que haja um efetivo compromisso dos gestores em todos os níveis e o controle social exercido democraticamente pelos Conselhos de Saúde em todo o país.

Brasília, 6 de setembro de 1996

1. SAÚDE, CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

O movimento pela saúde, enquanto qualidade de vida, está bastante marcado pela capacidade de resposta do Estado às demandas sociais, através de suas políticas públicas. Assim, os projetos de redução do Estado, que apontam seu suposto excesso de tamanho e a sua suposta ineficiência, marcaram as discussões realizadas na 10ª Conferência Nacional de Saúde. Os participantes da 10ª CNS discutiram esses projetos, as políticas públicas e a articulação entre as diferentes instâncias do Poder Público, e decidiram:

1 Rejeitar políticas e iniciativas de privatização ou terceirização que, a pretexto de "enxugar" o aparelho estatal, reduzem investimentos e limitam o alcance das políticas públicas. Por isso, os participantes da 10ª CNS consideraram ser obrigação do Estado a formulação e implementação de políticas sociais que garantam ao cidadão o exercício de sua cidadania plena. Defenderam, ainda, o combate ao perverso projeto neoliberal e à implantação do Estado Mínimo, que privatiza as políticas públicas e deixa os direitos humanos à mercê das leis do mercado, através da construção de um Estado que garanta os direitos conquistados pelo povo brasileiro.

2 Exigir a retirada de todas as propostas de cunho neoliberal constantes nos projetos de Reforma Administrativa, incluída a regulamentação das "organizações sociais", da Previdência Social, que altera dispositivos da Seguridade Social, e outras apresentadas pelo Governo e que tramitam no Congresso Nacional.

3 Apoiar a manutenção dos princípios da estabilidade para os servidores públicos e do concurso público como única forma de ingresso de trabalhadores no serviço público, como garantias de sua qualidade, eficiência, eficácia e transparência.

4 Defender um Estado público e solidário através de:

- 4.1 transparência real e controle social em todas as instituições públicas federais, estaduais e municipais, com prestações de contas realizadas regularmente e com o cumprimento das deliberações dos fóruns que têm participação da população;
- 4.2 realização de fóruns permanentes de defesa da cidadania plena, com ampla participação da sociedade, para discutir e deliberar sobre projetos e programas governamentais que interferem na qualidade de vida e para articular ações que impeçam a terceirização e a privatização das políticas sociais;
- 4.3 definição clara e implementação das funções de cada nível de governo em todas as políticas, inclusive em relação à Reforma Tributária, que deve garantir maior autonomia dos municípios, com controle social sobre a definição da destinação e aplicação dos recursos;
- 4.4 criação de Conselhos de Desenvolvimento Econômico e Social para estimular o desenvolvimento local, para promover a articulação entre as políticas públicas, para ampliar os benefícios sociais, para deliberar e para fiscalizar o repasse e a aplicação de recursos públicos no setor privado;
- 4.5 fortalecimento do seu papel de promotor da equidade.

5 Exigir do Governo Federal o redirecionamento da política econômica para a extinção das desigualdades sociais, com a promoção de uma justa distribuição de renda, com incentivo e apoio a pequenas e médias empresas, com a ampliação do emprego, e com o respeito às diferenças regionais, através da redução da carga tributária, da agilização dos financiamentos, da redução das taxas de juros e da progressiva sobretaxação da renda e do patrimônio.

6 Rejeitar as políticas de ajuste econômico e social impostas pelas agências internacionais, que têm gerado efeitos perversos nos países do Terceiro Mundo - como o aumento da desigualdade, do desemprego e da miséria - e que, no Brasil, estão provocando:

- 6.1 efeitos sociais perversos, tais como desemprego, empobrecimento da maioria da população e outras conseqüências daí derivadas;
- 6.2 redução do tamanho do Estado e de seu poder de atuação, o que repercute negativamente na qualidade de vida da população;
- 6.3 restrição de recursos para a execução de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e/ou seus agravos;
- 6.4 implementação de políticas de privatização e/ou de terceirização de ações nos serviços públicos, especialmente na assistência à saúde no âmbito hospitalar;
- 6.5 relações fisiológicas entre os Poderes Executivo e Legislativo nas questões de interesse do primeiro, que vêm sendo barganhadas com os legisladores numa clara demonstração da política do "é dando que se recebe", incompatível com os interesses da população.

7 Defender o não pagamento da dívida externa do país, com a aplicação desses recursos em investimentos no setor saúde, em políticas de geração de emprego e de renda, na reforma agrária e em políticas sociais que ampliam a qualidade de vida e a cidadania.

8 Defender que o Estado seja o agente executor de políticas para garantia da implantação do SUS. Para tanto, é necessário promover a articulação entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, respeitando-se o nível de competência de cada um. A esse respeito os participantes da 10^a CNS deliberaram por:

- 8.1 defender que os Conselhos de Saúde realizem fóruns conjuntos de discussão com os Executivos e Legislativos para encaminhamento de ações de fortalecimento do SUS;
- 8.2 defender que o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Conselhos de Saúde assumam o SUS como a única forma de implementar, em todo o país, a Política Pública de Saúde;
- 8.3 reivindicar ao Poder Judiciário a criação de formas específicas e ágeis para as resoluções de questões referentes à Reforma Sanitária e ao SUS, principalmente no que se refere às deliberações das instâncias de participação popular e de controle social;
- 8.4 defender a democratização do Poder Judiciário, com controle por parte da sociedade;
- 8.5 exigir dos Poderes Legislativos o respeito às deliberações das Conferências e dos Conselhos de Saúde;
- 8.6 propor ao Poder Judiciário a inclusão, nos cursos preparatórios e exames de seleção de juizes, da legislação referente ao Sistema Único de Saúde.

9 Os trabalhadores organizados, as associações de moradores e as demais organizações da sociedade civil devem encaminhar "Mandados de Injunção" (Inciso LXXI, Art. 5^o da Constituição Federal de 1988) como estratégia de coerção dos Poderes Executivo e Legislativo na definição e consolidação de políticas públicas que garantem a qualidade de vida dos cidadãos.

10 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem exigir do Ministério Público a defesa do SUS e das demais políticas que atuam na ampliação e manutenção da qualidade de vida da população. Para tanto, os participantes da 10^a CNS deliberaram por:

- 10.1 defender que o Ministério Público exerça seu papel constitucional e social (conforme prevêem os artigos 129 e 197 da Constituição Federal), com a democratização do acesso ao mesmo, a garantia da informação e o compromisso deste com a defesa dos interesses dos cidadãos;
- 10.2 defender que o Ministério Público seja o tutor da legislação em saúde, da assistência social e do Estatuto da Criança e do Adolescente, fiscalizando sua implantação e execução nos setores público e privado, e tomando as providências cabíveis no caso de descumprimento do texto legal;
- 10.3 responsabilizar o Conselho Nacional de Saúde por cobrar da Procuradoria Geral da República que exerça seu papel constitucional em relação ao Inquérito Civil Público nº 08100.005215/94-81, sobre o financiamento do SUS, e ao Inquérito Civil Público nº 08100.007014/94-09, sobre a implantação e funcionamento do SUS, devendo divulgar os resultados parciais, encaminhar as medidas legais cabíveis e continuar com as apurações referentes aos mesmos;
- 10.4 responsabilizar os Conselhos de Saúde por encaminhar a todos os membros do Ministério Público Federal e Estaduais as resoluções das Conferências Nacionais de Saúde (3ª, 8ª, 9ª e 10ª CNS), normas operacionais básicas, portarias, instruções e leis complementares relativas ao SUS, bem como as resoluções dos Conselhos de Saúde, para que o Ministério Público fiscalize seu cumprimento;
- 10.5 reivindicar ao Ministério Público a criação de Curadorias de Saúde (setor específico para cuidar das questões pertinentes à saúde);
- 10.6 propor ao Ministério Público a inclusão da legislação do SUS nos cursos preparatórios e exames de seleção de procuradores e promotores.

11 Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde decidiram reafirmar a Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social) como direito universal de cidadania e dever do Estado (responsabilidade do Poder Público pela efetivação desses direitos), conforme os princípios que constam principalmente nos artigos 193 a 203 da Constituição Federal e as diretrizes aprovadas na 3ª, 8ª, 9ª e 10ª Conferências Nacionais de Saúde. Por isso, decidiram:

- 11.1 vincular a luta pelo direito universal à saúde àquela de construção de um Estado com recursos materiais, humanos e financeiros suficientes para implementar, com qualidade, as políticas públicas indispensáveis às necessidades sociais, ampliadoras da qualidade de vida dos cidadãos, porque as iniciativas de esvaziamento do Estado enfraquecem os princípios básicos do SUS, levando a uma redução na cobertura e na efetividade das ações de saúde;
- 11.2 considerar o SUS como instrumento indispensável na garantia da cidadania e da qualidade de vida e como única opção para o alcance da atenção integral à saúde para a maioria dos brasileiros. Assim, exigem dos Governos e Legislativos Federal, Estaduais e Municipais a garantia da manutenção e do cumprimento integral dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal;
- 11.3 considerar a saúde como um bem inalienável que não pode ser tratado sob a ótica mercantil. Nesse sentido, é inaceitável que as ações e os serviços de saúde sejam submetidos às leis do mercado capitalista, e é imperativo recuperar a dimensão ética das políticas públicas;
- 11.4 defender a substituição progressiva dos serviços privados complementares do SUS por serviços públicos de saúde, como forma de garantir a hegemonia do setor estatal, a equidade e a universalidade da atenção integral à saúde;

- 11.5 reivindicar que o Ministério da Previdência e Assistência Social facilite o acesso dos idosos urbanos e rurais aos documentos necessários para a agilização dos processos de aposentadoria, especialmente às trabalhadoras rurais, que vêm enfrentando dificuldades nesse sentido;
- 11.6 responsabilizar o Governo Federal pela recomposição dos valores dos benefícios pagos aos aposentados e pensionistas, hoje insuficientes para a subsistência, bem como ampliar os benefícios sociais a esse segmento populacional;
- 11.7 solicitar ao Conselho Nacional de Assistência Social que proponha ao Congresso Nacional a criação do Estatuto do Idoso, que contemple as disposições constitucionais e aponte claramente para uma progressiva extinção do modelo asilar de atenção ao idoso, que deve ser substituído por outras estratégias, como, por exemplo, Lares Abrigados.

12 Os governos devem articular as políticas públicas para garantir uma vida com mais qualidade, bem como a otimização dos recursos públicos. O Estado Brasileiro deve se responsabilizar pela formulação e implementação de políticas que integrem saúde, educação, alimentação e nutrição, moradia, informação pública, saneamento, meio-ambiente, geração de emprego e de renda, distribuição e acesso à terra. Para isso, deve:

- 12.1 implantar as Comissões Intersetoriais, com competência para articular políticas e programas de interesse para a saúde, bem como realizar a I Conferência Nacional Intersetorial sobre Políticas Públicas, envolvendo todos os segmentos da sociedade;
- 12.2 criar Conselhos de Segurança e Paz nos municípios, nos estados e na União, visando a proposição de ações intersetoriais em relação à violência;
- 12.3 promover o inter-relacionamento das instituições públicas de saúde com as diversas instituições governamentais, visando o desenvolvimento de ações intersetoriais que resultem em melhoria da qualidade de vida;
- 12.4 priorizar os grupos socialmente excluídos e considerar as questões étnicas, de gênero e orientação sexual na formulação de suas políticas, bem como privilegiar o fator trabalho em relação ao fator capital;
- 12.5 implementar o Programa de Renda Mínima previsto no Projeto de Lei nº 1.521/96, de autoria do senador Eduardo Suplicy, como forma emergencial de combate à miséria e ao desemprego, devendo os Governos Federal, Estaduais e Municipais elaborarem programas permanentes de geração de emprego e renda;
- 12.6 equacionar a dívida interna, tabelar os juros em 12% ao ano, conforme manda a Constituição, e suspender a ajuda financeira da União aos bancos (PROER).

13 Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde decidiram defender e lutar pela implantação de políticas públicas que garantam os direitos de cidadania e uma sociedade mais justa, baseadas nos seguintes pontos:

- 13.1 garantia dos direitos sociais, assim entendidos o emprego, a moradia, a saúde, a educação, a alimentação e outros;
- 13.2 resgate dos compromissos com a vida e com a Reforma Sanitária, desnudando e enfrentando o neoliberalismo;
- 13.3 vinculação da luta pela saúde e qualidade de vida às grandes lutas nacionais;

13.4 resgate da solidariedade humana e dos aspectos afetivos do homem e da mulher, contrapondo-se a uma sociedade consumista, excludente e individualista.

14 Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde decidiram defender que o acesso às informações e aos conhecimentos é direito do cidadão e deve ser garantido pelo Estado. Para isso:

14.1 a cidadania deve ser também garantida através de ações e programas educativos que promovam o conhecimento das políticas sociais, o acesso a ações que incidem sobre a qualidade de vida e outros direitos dos cidadãos e cidadãs que levem em consideração os aspectos de gênero, raça/etnia, orientação sexual e de classe social, cultura local e regional, entre outros;

14.2 devem ser realizados, em todo o território nacional, debates, seminários e fóruns sobre a globalização da economia, tendências mundiais e seu impacto sobre a qualidade de vida;

14.3 devem ser realizadas periodicamente, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pesquisas com o objetivo de auferir o grau de satisfação e as deficiências das ações e programas destinados à implementação de políticas sociais nos municípios e regiões, principalmente no que se refere aos serviços do SUS, tendo seus resultados amplamente divulgados;

14.4 deve ser regulamentada a Lei nº 4.117/62, que estabelece o Código Brasileiro de Telecomunicações, especialmente no tocante às rádios comunitárias, garantindo sua continuidade como meios democráticos e participativos para ampliação e transmissão das informações sobre as políticas públicas e práticas culturais e populares em saúde;

14.5 o Ministério da Saúde deve promover, de modo permanente e periódico, discussões de abrangência nacional sobre as questões de saúde, através de todos os meios de telecomunicação e com acesso facilitado aos conselheiros de Saúde, bem como campanhas de esclarecimento e conscientização da importância do SUS;

14.6 a Educação em Saúde deve constar nos currículos escolares em todos os níveis, e o conteúdo de Política de Saúde deve ser obrigatório nas formações universitárias e de nível médio dos profissionais da área da saúde. Os currículos, assim revisados, devem respeitar as necessidades regionais e a cultura local, bem como buscar maior integração com a sociedade e ressaltar a intersetorialidade na abordagem da saúde;

14.7 devem ser incluídos na formação dos professores de toda a rede escolar, como estratégia de disseminação de informações, conteúdos a respeito de saúde e funcionamento do Sistema Único de Saúde;

14.8 devem ser incluídos, nas disciplinas do currículo escolar de 1º e 2º graus da Rede Pública e Privada, conhecimentos da "Educação em Saúde para a Cidadania", a fim de difundir matérias sobre saúde e o SUS, bem como conteúdos que demonstrem o manejo sustentável do ambiente, o impacto e a degradação causada através das ações do homem;

14.9 deve ser realizada uma Conferência Nacional de Saúde e Educação.

15 O Ministério da Saúde deve gestionar, junto ao IBGE, a reinserção dos dados de assistência hospitalar, ambulatorial e farmacêutica, serviços de saúde, alimentação e antropometria, indicadores de nutrição e gastos em saneamento básico - que constavam nos Anuários do IBGE até 1977-, bem como sua constante atualização e a realização correta e periódica de censos populacionais.

16 O Ministério da Saúde deve gerenciar, junto ao Ministério da Educação e do Desporto, a inclusão da linguagem de sinais como disciplina curricular nos três níveis de ensino, visando a preparação de profissionais aptos à atenção dos portadores de deficiência auditiva, tanto nos serviços de saúde como na escola, para proporcionar-lhes oportunidades mais equânimes de acesso à escolarização e ao mercado de trabalho.

17 O Congresso Nacional, as Assembleias Legislativas e Câmaras Municipais devem realizar um acompanhamento sistemático dos problemas de saúde e atuar em consonância com as deliberações discutidas e aprovadas nos Conselhos de Saúde.

18 O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde devem definir uma proposta junto com o Instituto Nacional de Metrologia (INMETRO), com vistas à adequada fiscalização dos equipamentos e materiais de consumo utilizados na rede de serviços de saúde.

19 Os Conselhos de Saúde devem solicitar às entidades de categorias profissionais que coloquem à disposição dos movimentos populares seus serviços jurídicos para ações relacionadas ao descumprimento da legislação do SUS pelos gestores, unidades e serviços de saúde.

20 Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem definir uma Política de Saneamento, articulando os órgãos da Saúde com os demais órgãos que desenvolvem ações nesta área, elaborada com indicadores epidemiológicos e discutida e operacionalizada com controle social. Esse processo deve contemplar:

20.1 a criação de legislação específica que garanta uma Política Nacional de Saneamento integrada à Política Nacional de Saúde e estipule a destinação de recursos financeiros específicos para esta área por cada uma das três esferas de governo;

20.2 a realização de uma Conferência Nacional de Saúde, Saneamento e Meio Ambiente que articule o setor saúde com os setores de meio ambiente e do desenvolvimento urbano;

20.3 a criação de condições para a coleta dos resíduos radioativos dos serviços públicos e privados de saúde e a adequada destinação final dos mesmos, sob a supervisão da Vigilância Sanitária, com formação e capacitação de pessoal;

20.4 o compromisso de os municípios gerirem os sistemas de água e esgoto, desestimulando a terceirização e a privatização.

21 Os governos devem investir recursos financeiros dos orçamentos federal, estaduais e municipais no saneamento básico (abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza pública, destino final do lixo e drenagem urbana), integrando suas ações ao SUS, objetivando a prevenção de doenças. Para isso, é necessário:

21.1 definir, nos Planos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e de Saneamento um percentual de recursos financeiros para aplicação em atividades do setor, bem como sua origem, conforme define o § 3º, artigo 32, da Lei Federal nº 8.080/90;

21.2 buscar parcerias entre os órgãos governamentais e não-governamentais;

21.3 planejar estrategicamente as ações de saneamento, a partir da análise dos problemas que afetam a população, contemplando peculiaridades regionais e locais, bem como respeitando seus respectivos níveis de decisão;

21.4 estimular a elaboração e aprovação de uma legislação federal que organize a área de saneamento, a partir de ampla discussão com os diversos segmentos da sociedade, especificando o papel das três esferas de governo e a integração intersetorial com ênfase nas relações com a saúde e o controle ambiental;

21.5 reorganizar as instituições da esfera federal no desempenho de suas funções de planejamento, coordenação, articulação, fiscalização e cooperação técnica no setor de saneamento;

21.6 definir a participação da iniciativa privada no setor, fixando seu caráter complementar sob a regulação do Estado e com controle social.

22 Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem desenvolver planos de educação e proteção ambiental, que incluam ações de tratamento dos resíduos dos serviços de saúde, domésticos, agrícolas e industriais e adotem, sempre que possível, a alternativa de reciclagem de materiais. Esses planos devem ser elaborados e executados nos estados e municípios, com a cooperação técnica e financeira do Governo Federal.

23 O Poder Público deve desenvolver políticas de preservação dos recursos naturais, de forma estável e sustentável, assegurando, através de ação conjunta dos órgãos responsáveis, a prevenção da destruição e poluição de mananciais, garantindo desse modo a permanência dos pescadores e outras populações ribeirinhas em áreas de marinha (região costeira do mar, rios e ilhas). Entre outras ações, devem:

23.1 identificar e penalizar todos os infratores responsáveis por danos ao meio ambiente;

23.2 elaborar legislação que regule a produção, utilização, manipulação, seleção e destino final de medicamentos, especialmente os citotóxicos, agrotóxicos e outros produtos químicos;

23.3 implementar políticas voltadas para a preservação dos recursos naturais, de forma estável e sustentável.

24 O Governo Federal deve implementar uma nova Política Agrária e de Desenvolvimento Agrícola que defina metas, apresente cronograma de implantação e especifique desde o total de assentamentos anuais até mecanismos que garantam subsídios financeiros e apoio operacional aos assentamentos realizados, além de contemplar:

24.1 a implementação imediata e massiva da reforma agrária, com participação efetiva dos beneficiários e suas organizações;

24.2 o fortalecimento da agricultura familiar e do assentamento da população do campo - através de facilidades e subsídios do crédito rural, inclusive para investimentos -, a garantia de assistência técnica e extensão rural;

24.3 a ampliação do emprego, salários dignos e respeito a todos os direitos trabalhistas e previdenciários aos assalariados rurais;

24.4 o incentivo à pesquisa e às tecnologias adaptadas na agricultura;

24.5 o estímulo à agroecologia, ao comprometimento com o desenvolvimento sustentável e ao respeito aos ecossistemas.

25 O Ministério da Saúde deve atuar junto aos Ministérios do Trabalho e da Previdência e Assistência Social, no sentido de unificar a Política de Saúde do Trabalhador.

2. GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No tema de gestão e organização dos serviços de saúde, como nos demais temas, os projetos de desmembramento e transferência de ações de saúde e de redução e simplificação do papel do Estado na atenção à saúde foram exaustivamente debatidos. A defesa da plena implementação do SUS, com qualificação das ações e a adequação dos serviços à atenção integral à saúde que devem prestar, foi proposta através de deliberações que definem princípios gerais da gestão e da organização e que aprofundam e qualificam o processo de descentralização e de municipalização, com questões que devem nortear as Comissões Intergestores, os consórcios intermunicipais, as unidades e serviços públicos de saúde ainda não incorporados ao SUS, a Fundação Nacional de Saúde e o Sistema de Controle, Avaliação e Auditoria. Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde também deliberaram alguns pontos para a implementação e qualificação do SUS, por questões que especificam atribuições dos gestores; por princípios de gestão e autonomia dos serviços; por dispositivos que definem a relação do setor público com o privado, incluindo os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e a terceirização. O tema da Informação, Educação e Comunicação em Saúde, com deliberações para uma política nacional e para a organização de ações integradas, também foi discutido como qualificador e indissociável na plena implementação do SUS. A seguir, as deliberações dos participantes da 10ª CNS sobre a gestão e a organização dos serviços de saúde.

2.1. DISPOSIÇÕES GERAIS

26 Os gestores do SUS devem desenvolver ações estratégicas para a reversão do processo de privatização e destruição dos serviços públicos, de forma a universalizar efetivamente a atenção integral à saúde. Também deve ser respeitado pelos gestores do SUS o direito social à saúde, restando a tomada de decisões referentes à gestão das ações, unidades e serviços de saúde baseada na lógica economicista.

27 Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem coibir, por meios jurídicos, administrativos e financeiros, o descumprimento da legislação do SUS - representado pela implantação de projetos privatizantes, como as "organizações sociais".

28 Os gestores do SUS devem apresentar aos respectivos Conselhos de Saúde, para discussão e aprovação, as propostas de gestão e organização dos serviços, inclusive sobre o financiamento, e também os projetos, programas e ações que pretendam desenvolver. As resoluções dos Conselhos de Saúde devem ser homologadas pelos chefes do Poder Executivo, em seus respectivos níveis de governo.

29 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com os Conselhos de Saúde e instituições públicas de ensino e pesquisa, devem realizar avaliações sistemáticas, quantitativas e qualitativas dos serviços de saúde para auferir a resolubilidade da atenção prestada e o grau de satisfação dos usuários, com a finalidade de alterar e adequar permanentemente a organização e a gerência das unidades e serviços de saúde, bem como do processo de municipalização e descentralização.

30 Os gestores do SUS devem observar o disposto no § 4º do artigo 26 da Lei Federal nº 8.080/90, que veda a proprietários e dirigentes de serviços e instituições privadas o exercício de cargo de chefia em órgãos públicos.

2.2. DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

31 O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, e os Conselhos de Saúde devem promover uma nova estratégia para ampliar e qualificar o processo de municipalização da Saúde. Tal estratégia deverá ser discutida e acompanhada pelos Conselhos de Saúde, suas Comissões Técnicas e outras instâncias

de controle social. Deverá passar de uma etapa burocrática governamental para uma etapa de estímulo à cidadania, com o envolvimento dos usuários, dos trabalhadores em Saúde e da sociedade como um todo. Entre outras diretrizes, esse movimento deverá promover e incentivar:

- 31.1 o aprofundamento e aceleração do processo de descentralização e municipalização, simplificando a tramitação dos processos de transferência das ações e serviços, garantindo a permanência dos trabalhadores e a adequação das condições físicas e materiais no ato da transferência, respeitando-se a autonomia local;
- 31.2 o enquadramento dos municípios na gestão plena, conforme a NOB nº 01/96, visando agilizar o repasse integral de recursos financeiros Fundo a Fundo de Saúde, aumentar a autonomia no planejamento das ações e no estabelecimento de metas, de acordo com as necessidades e os problemas específicos da população de cada município;
- 31.3 o repasse urgente, aos municípios em processo de municipalização, das unidades e dos serviços de saúde federais e estaduais, com os recursos e equipamentos pertinentes, garantindo a hierarquização e ampliação da rede;
- 31.4 os investimentos financeiros e materiais na descentralização progressiva e na organização dos serviços de referência especializada e de maior complexidade em municípios-pólo, descongestionando os serviços nas grandes cidades e facilitando o acesso ao atendimento da população de pequenos municípios e regiões pouco povoadas;
- 31.5 a descentralização da atenção integral à saúde para os distritos, unidades e serviços de saúde nos grandes municípios, visando reforçar a vigilância e a assistência à saúde mais particularizada à população, e facilitar o controle social;
- 31.6 a integração e o aprimoramento das parcerias entre as instituições componentes do SUS, como forma de evitar a duplicidade de ações;
- 31.7 a reestruturação administrativa e gerencial de todos os hospitais públicos, vinculando-os ao processo de municipalização e regionalização.

32 Os gestores do SUS devem reforçar o princípio de gestão local do SUS, com responsabilidade e autoridade sobre as questões de saúde, inclusive da gestão dos recursos financeiros através do Fundo Municipal de Saúde, mediante controle social. Deve ser garantida a autonomia do gestor local na construção do modelo assistencial e na condução das ações de saúde, aprovados e fiscalizados pelos Conselhos de Saúde, considerando-se a diversidade e a heterogeneidade brasileira e a eficácia das ações e serviços oferecidos.

33 Os gestores do SUS devem fortalecer a territorialização, de tal forma que:

- 33.1 as Secretarias Estaduais de Saúde invistam na sua regionalização, descentralizando suas decisões e ações;
- 33.2 as Secretarias Estaduais de Saúde invistam em Centros de Referência Regionais, tornando-os resolutivos, para que os usuários sejam atendidos em suas próprias regiões, descongestionando, assim, os serviços das Capitais e grandes cidades. Para isso, deve discutir projetos e estratégias de implantação com os municípios, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores Bipartite;
- 33.3 as Secretarias Estaduais de Saúde estimulem o agrupamento de diversos municípios ou áreas, conformando os consórcios intermunicipais, para atendimento de necessidades mais complexas.

33.4 as Secretarias Municipais de Saúde implantem a distritalização nos municípios médios e grandes, facilitando a atuação de acordo com o perfil epidemiológico de cada área;

33.5 cada unidade ou serviço de saúde seja responsável pelas ações de atenção integral à saúde em áreas geográficas delimitadas.

34 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde devem garantir a municipalização da Vigilância à Saúde mediante a articulação, cooperação, desenvolvimento e transferência de conhecimentos científicos, tecnologias e recursos financeiros.

2.2.1. Comissões Intergestores de Saúde

35 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem definir com clareza as competências e os objetivos das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, particularmente no que diz respeito à sua relação com os Conselhos de Saúde, obedecendo às seguintes diretrizes:

35.1 funcionar como fóruns permanentes de discussão, negociação, pactuação e implementação da descentralização, regionalização e hierarquização, de acordo com estratégias definidas pelos respectivos Conselhos de Saúde;

35.2 ter atuação restrita a aspectos técnico-operacionais, com abertura das reuniões à participação de conselheiros, na qualidade de ouvintes, e divulgação prévia de cronograma e pautas;

35.3 submeter as questões de Política de Saúde ao controle social dos Conselhos de Saúde, que têm poder deliberativo;

35.4 criar Câmaras Técnicas ou instâncias semelhantes com atribuições de compensação de recursos financeiros, referência/contra-referência e de gestão de procedimentos de alta complexidade e de outras situações criadas por problemas que ultrapassam os limites territoriais de estados e municípios;

35.5 estimular a gestão plena com viabilização da transferência integral dos recursos Fundo a Fundo, independente de convênios;

35.6 fomentar o intercâmbio e a cooperação técnica entre gestores, visando à implementação, à análise e à divulgação de experiências descentralizadas e inovadoras em gestão e atenção à saúde.

2.2.2. Consórcios Intermunicipais de Saúde

36 Os gestores do SUS devem apoiar técnica e financeiramente a criação e a manutenção de consórcios intermunicipais para regionalizar a atenção integral à saúde, facilitar a formação e a capacitação dos trabalhadores em Saúde, reduzir custos e racionalizar a utilização de recursos, realizar concursos, executar licitações para compra de insumos e facilitar o acesso da população às ações de saúde, particularmente às de maior complexidade.

37 A formação dos consórcios deve preservar a autonomia e a responsabilidade dos municípios, principalmente na oferta de serviços básicos, com colaboração técnica e financeira dos demais níveis. A União, os estados e os municípios envolvidos devem investir recursos para implantar os sistemas de referência e contra-referência na área de abrangência dos consórcios.

38 Os consórcios intermunicipais devem ser acordados entre municípios, como uma opção de gestão e estratégia de avançar na descentralização e na municipalização, nunca como imposição dos estados.

39 Os consórcios intermunicipais devem se submeter, obrigatoriamente, ao controle dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, devendo os gestores do SUS criar Conselhos Regionais de Saúde para exercer a coordenação e o acompanhamento desses consórcios.

2.2.3. Serviços Públicos de Saúde Não Incorporados ao SUS

40 Os hospitais e ambulatorios da Rede Sarah e universitários, além dos governamentais que ainda se mantêm fechados ou restritivos aos Usuários do SUS, bem como aqueles das Forças Armadas, polícias militares e institutos de previdência de servidores, devem se incorporar ao SUS de modo gradual e responsável, subordinando-se aos princípios constitucionais de universalidade, equidade, regionalização e hierarquização. Ressalte-se que devem ser preservados os direitos dos trabalhadores, as fontes de financiamento e o caráter público desses estabelecimentos.

41 Os hospitais universitários devem ser incorporados plenamente ao SUS - sem perda de suas fontes de financiamento, que devem ser ampliadas -, observando-se ainda os seguintes princípios:

- 41.1 atuar principalmente na prestação de cooperação técnica, capacitação e educação continuada para a rede de unidades e serviços de saúde, de acordo com as necessidades dos órgãos gestores e em conformidade com os Planos de Saúde;
- 41.2 garantir atividades de ensino, pesquisa e extensão (extramuros) para todos os cursos da área da Saúde e afins;
- 41.3 manter a oferta de seus serviços, particularmente na referência especializada e de alta complexidade, integralizada à rede de serviços do SUS, integrando-se na gestão municipal, microrregional, regional e estadual, dependendo do porte e da complexidade de suas ações.

42 Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde repudiam o projeto de "autonomia universitária" do MEC/MARE, que visa a descomprometer o Governo com a educação e que desvincula os hospitais universitários das universidades, privatizando-os. Esses hospitais devem ser públicos, gratuitos e de qualidade, inseridos no SUS, com controle social e desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão.

2.2.4. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)

43 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem consolidar a integração da Fundação Nacional de Saúde ao SUS, num processo responsável de descentralização onde suas ações sejam assumidas pelos municípios e estados, com garantias de repasse simultâneo de recursos financeiros, materiais e tecnológicos e a cedência de trabalhadores, que serão administrados pelo gestor local do SUS, sob o controle dos Conselhos de Saúde, de forma a garantir a continuidade das ações da Fundação.

44 Os gestores do SUS devem garantir que o processo de descentralização da Fundação Nacional de Saúde seja gradativo e pactuado, com suas ações sendo assumidas pelas esferas de governo de acordo com suas competências e responsabilidades, de forma a permitir ampla discussão entre as partes interessadas, preservando os direitos dos usuários e dos trabalhadores da Fundação, bem como o acompanhamento, pelos Conselhos de Saúde e entidades dos trabalhadores, de todo o processo.

45 Os gestores do SUS devem garantir a manutenção do vínculo empregatício e dos direitos trabalhistas dos trabalhadores contratados da Fundação Nacional de Saúde até a regularização de sua situação funcional, que deve se dar através de concurso público a ser encaminhado imediatamente. O concurso deve também considerar o tempo de serviço e a experiência desses trabalhadores no combate às epidemias e nas ações de saúde pública.

2.2.5. Sistema de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

46 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem implementar efetivamente o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, descentralizado, com competências de avaliação, fiscalização e controle técnico-científico, contábil, operacional e administrativo, financeiro e patrimonial de todos os serviços e ações realizadas no SUS, obedecendo ainda às seguintes diretrizes:

- 46.1 descentralizar as auditorias, implantando os Sistemas Regional, Estadual e Municipal de Auditoria, com controle dos respectivos Conselhos de Saúde;
- 46.2 avaliar a observância de parâmetros de qualidade nas ações prestadas pelos trabalhadores e serviços de saúde;
- 46.3 exigir o acompanhamento das auditorias pelos Conselhos de Saúde;
- 46.4 combater os fraudadores, visando aumentar os recursos destinados à saúde e melhorar sua utilização;
- 46.5 fiscalizar a aplicação dos recursos do SUS, com autoridade para realizar a punição (advertência, descredenciamento, devolução de recursos desviados) dos serviços de saúde onde se constatem irregularidades, encaminhando a responsabilização civil e criminal dos prestadores de assistência à saúde e gestores do SUS que desviam verbas, ou que discriminam ou cobram taxas indevidas de usuários do SUS, com publicação da sentença em órgão oficial;
- 46.6 realizar inspeções semestrais ou, quando existir, denúncia ou solicitação específica em relação aos prestadores públicos e privados de saúde;
- 46.7 avaliar a eficiência, eficácia e efetividade da gestão e do processo de descentralização e municipalização, utilizando-se indicadores de implantação e cobertura de serviços e de ações programáticas, além de indicadores epidemiológicos que avaliem o impacto causado na qualidade de vida da população e do cumprimento das metas estabelecidas nos Planos de Saúde;
- 46.8 realizar auditorias também nos consórcios intermunicipais, a fim de avaliar o cumprimento de seus objetivos e metas;
- 46.9 aprimorar permanentemente o credenciamento do setor privado e a avaliação da qualidade das ações de saúde prestadas;
- 46.10 exercer rigor especial na fiscalização e auditoria referentes aos procedimentos de alto custo, alta complexidade, órteses e próteses e compra de equipamentos, inclusive quanto à qualidade dos materiais fornecidos e sua manutenção;
- 46.11 organizar sistemas de informação adequados para as ações de controle, avaliação e auditoria em saúde;
- 46.12 tornar obrigatória, nos pedidos de exames e receituários, a inclusão de espaço para assinatura do usuário ou responsável, como instrumento adicional para coibir fraudes.

47 O Ministério da Saúde deve reforçar a legislação que proíbe aos auditores do Sistema de Saúde possuir vínculo com serviços privados credenciados, conforme dispõe o artigo 8º, do Decreto Federal nº 1.651/95.

2.3. ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES DO SUS

48 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem ter

suas atribuições definidas de modo claro e objetivo, tendo como princípio o caráter público e democrático da gestão. Entre outras atribuições, os gestores do SUS devem:

- 48.1 garantir a implementação e a continuidade dos programas e projetos referentes à saúde, avaliados e aprovados nos Conselhos de Saúde e incluídos nos Planos de Saúde, mesmo quando houver mudança dos dirigentes;
- 48.2 cumprir as decisões dos Conselhos de Saúde, bem como submeter aos mesmos, para discussão e aprovação, as normas, propostas orçamentárias, prestações de contas e projetos de lei, previamente ao envio aos legislativos;
- 48.3 apresentar aos respectivos Conselhos de Saúde, mensalmente, o fluxo de caixa diário de receitas fiscais e contribuições sociais e despesas por tipo, a execução orçamentária, o ordenamento de despesas e os balancetes mensais;
- 48.4 apresentar aos respectivos Conselhos de Saúde, trimestralmente, os Planos de Aplicação e Prestação de Contas dos recursos da Saúde; e em audiência pública, no Poder Legislativo respectivo, cumprindo a Lei Federal nº 8.689/93. As audiências públicas devem ser precedidas em quinze dias pelo envio de relatório padronizado contendo, entre outros dados:
 - 48.4.1 o montante e a origem de todas as fontes de recursos alocados ao SUS;
 - 48.4.2 o total e o detalhamento, com descrição qualitativa e quantitativa, das ações e metas na atenção à saúde no SUS;
 - 48.4.3 a oferta de ações e a produção nas unidades e serviços de saúde próprios, conveniados e contratados;
 - 48.4.4 o detalhamento dos pagamentos efetuados sob as diversas rubricas aos serviços públicos, conveniados e contratados;
 - 48.4.5 as sindicâncias e auditorias iniciadas e concluídas no trimestre, assim como o encaminhamento dado às mesmas;
 - 48.4.6 a discriminação dos gastos com investimentos.
- 48.5 apresentar, em prazo estabelecido pelo respectivo Conselho de Saúde, proposta de adequação das estruturas dos seus órgãos à legislação do SUS, principalmente no que se refere à descentralização, ao controle social e à atenção integral à saúde;
- 48.6 transferir e receber os serviços, unidades e ações de saúde de modo gradativo e pactuado, evitando a duplicidade e através de um processo submetido ao controle social, de forma a que progressivamente mais serviços estaduais e federais sejam assumidos pelo gestor local;
- 48.7 garantir o acesso equânime e universal aos serviços de saúde, combatendo os mecanismos que destinam parte da capacidade dos serviços públicos para o atendimento privado;
- 48.8 criar instâncias especiais voltadas para o diagnóstico e o controle de desperdícios de recursos, especialmente nas áreas de laboratório e serviços auxiliares;
- 48.9 criar ou implementar Comissões Técnicas Interinstitucionais para programar coletivamente as ações de combate às endemias;
- 48.10 estabelecer Comissões de Licitação específicas para a área da Saúde, até ao nível dos distritos e unidades de saúde maiores, sob nova legislação e contro-

les administrativos ágeis e flexíveis no interesse público, com atuação transparente e submetida ao controle social através dos Conselhos de Saúde.

49 Entre outros fatores, a definição do nível de gerência do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deve observar os seguintes:

- 49.1 o Ministério da Saúde deve implementar mecanismos político-administrativos de efetivação da descentralização aos estados e, principalmente, aos municípios, dos recursos, dos poderes e das ações e serviços de promoção da saúde e proteção do risco de adoecer. Atualmente, esses recursos estão centralizados na Secretaria de Vigilância Sanitária, na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), na Central de Medicamentos (CEME) e no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN);
- 49.2 o Ministério da Saúde deve formular, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da divulgação deste Relatório, proposta de legislação sobre a produção, aquisição, distribuição e localização de equipamentos e tecnologias para os setores público e privado de saúde, conforme prevê o inciso X do artigo 16 da Lei Federal nº 8.080/90;
- 49.3 os gestores federal e estaduais devem ser responsáveis pela instrumentalização técnica, financeira e operacional dos municípios e pelo estímulo a que assumam e se mantenham nas condições de gestão das ações e serviços de saúde previstas na NOB nº 01/96;
- 49.4 os gestores federal e estaduais devem garantir o fornecimento de medicamentos aos municípios, para a utilização pelos usuários;
- 49.5 os gestores federal e estaduais devem reativar e recuperar todos os serviços e leitos do Sistema Público estatal, de forma a que possa ser utilizado todo seu potencial de atendimento, antes de sua transferência para outras esferas de governo;
- 49.6 as Secretarias Estaduais de Saúde, que geralmente detêm maior qualificação técnica e material, devem desenvolver uma política de cooperação e apoio técnico e financeiro aos municípios. O gestor estadual deve afastar-se de ingerências arbitrárias, não deve interferir na definição do modelo de atenção à saúde dos municípios, seja pela centralização através de programas especiais ou por outras formas. Os gestores estaduais devem passar a ser agentes coordenadores, articuladores e orientadores da Política de Saúde, dos sistemas de alta complexidade e alto custo, bem como fornecer insumos básicos, recursos técnicos e financeiros aos municípios contribuindo para o bom funcionamento dos equipamentos municipalizados;
- 49.7 as Secretarias Estaduais de Saúde devem ser instâncias executivas de ações no caso de omissão ou incapacidade dos municípios em oferecê-las;
- 49.8 os municípios devem ser gestores e executores da Política de Saúde ao nível local, pelo que devem adequar sua legislação à do SUS;
- 49.9 os contratos e convênios realizados pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) devem ser reestudados pelos municípios para, mediante revisão da necessidade, dos critérios de demanda e da realidade local, firmarem novos instrumentos de acordo com a legislação vigente.

50 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem formular as Normas Operacionais gerais e específicas do SUS, através de processos de discussão

10^a**CONFERÊNCIA
NACIONAL
DE SAÚDE**

democráticos dos quais devem participar as partes interessadas, com ampla divulgação das suas várias versões, apresentando-as para análise e deliberação nos respectivos Conselhos de Saúde.

2.4. GESTÃO EM SAÚDE

51 O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Conselhos de Saúde devem estudar, estimular e implantar formas inovadoras e alternativas de gestão democrática, participativa e sob controle social para a contínua modernização da prática gerencial das unidades e serviços de saúde e para o aperfeiçoamento do SUS. Essas formas de gestão devem ser definidas pelos seguintes critérios:

- 51.1 cumprimento da legislação do SUS, particularmente a garantia de acesso universal e equânime da população às ações e serviços, de acordo com as necessidades;
- 51.2 garantia da atenção integral à saúde, em todas as unidades e serviços de saúde;
- 51.3 práticas gerenciais organizadas a partir do planejamento estratégico e participativo, do estabelecimento de metas e análise dos resultados, da descentralização administrativa e da gestão colegiada

52 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem gerir o SUS de forma colegiada, com instrumentos de articulação entre os diferentes setores do Governo e com a participação da sociedade. Também deve ser consolidado um sistema de gestão pública entre a União, os estados e os municípios, implantando o planejamento interinstitucional, orçamentário e financeiro, com controle social, para garantir o funcionamento e implementação do SUS.

53 Os gestores do SUS devem elaborar Planos de Saúde de forma estratégica, participativa, intersetorializada, regionalizada e ascendente, como instrumentos de gestão, reformulados a cada dois anos, com a deliberação dos Conselhos de Saúde. Em relação aos Planos:

- 53.1 os gestores devem ser responsáveis pelo cumprimento das metas e diretrizes estabelecidas nos Planos de Saúde;
- 53.2 o Ministério da Saúde deve encaminhar ao Conselho Nacional de Saúde o Plano Quinquenal Nacional de Saúde, elaborado de forma ascendente e participativa, que defina metas e investimentos a partir das resoluções emanadas da 10^a Conferência Nacional de Saúde;
- 53.3 os gestores do SUS devem rejeitar os modelos padronizados de Planos de Saúde, elaborados sem a participação dos Conselhos de Saúde e desconsiderando os dados locais.

54 Os gestores do SUS e Conselhos de Saúde não devem admitir nenhuma forma de gestão e organização dos serviços e ações de saúde que não esteja submetida à legislação do SUS e às resoluções do respectivo Conselho de Saúde, seja ela um Programa de Médicos de Família, de Agente Comunitário de Saúde, uma unidade de saúde com autonomia gerencial ou qualquer outra. Os programas atualmente existentes devem ser modificados visando conquistar maior descentralização e maior integração ao Sistema Local de Saúde.

55 Os gestores do SUS devem garantir que os dirigentes das unidades e serviços de saúde pertençam preferencialmente à rede pública e sejam indicados com a participação dos usuários e dos trabalhadores em Saúde, pela sua competência técnico-administrativa e referendados pelos Conselhos Distritais, Municipais ou Estaduais de Saúde, evitando-se nomeações políticas e impedindo-se que proprietários e/ou dirigentes de serviços privados assumam cargos de comando no SUS. Para isso, devem:

- 55.1 estabelecer a eleição, como critério preferencial para preenchimento dos cargos de chefia dos serviços de saúde;
- 55.2 demandar aos Conselhos de Saúde a definição do perfil dos dirigentes, que deve priorizar os seguintes requisitos: vínculo com o quadro de instituição pública de saúde, capacitação específica para exercer o cargo de gerência e compromisso com o serviço público.

2.4.1. Autonomia de Gestão dos Serviços de Saúde

56 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem garantir aos serviços e às unidades de saúde uma gestão pública com autonomia e controle social. Para isso, devem criar Conselhos gestores nas unidades, serviços e distritos de saúde.

57 Os gestores do SUS devem promover a maior autonomia orçamentária e financeira dos distritos, das unidades e dos serviços de saúde. Devem estimular sua autonomia administrativa para definir e gerenciar seus quadros de pessoal e adquirir insumos e tecnologias, sempre em conformidade com as diretrizes traçadas pelas Conferências e as deliberações dos Conselhos de Saúde, considerando-se o perfil sócioepidemiológico dos usuários e implementando relações democráticas e transparentes de trabalho. A autonomia gerencial visa proporcionar agilidade e flexibilidade administrativo-gerenciais, eficiência, eficácia e qualidade no cumprimento das metas e prioridades estabelecidas, bem como alcançar a atenção integral à saúde para que o SUS afirme-se como alternativa ao suposto nível de resposta das cooperativas. Para tanto, devem ser criados instrumentos legais que preservem o interesse público com dispositivos menos burocratizados e imobilizadores, tanto na Lei nº 8.666/93 quanto na legislação similar na administração de pessoal.

2.5. RELAÇÃO ENTRE OS SETORES PÚBLICO E PRIVADO NA ÁREA DA SAÚDE

58 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem observar os dispositivos constitucionais e da legislação complementar para a definição da relação com os serviços privados, de tal forma que:

- 58.1 a gestão do Sistema de Saúde seja sempre exercida pelo Poder Público, conforme determina a legislação do SUS, com controle e fiscalização pelos Conselhos de Saúde;
- 58.2 a participação do setor privado seja estritamente complementar ao setor público, a partir da impossibilidade deste oferecer as ações necessárias aos usuários, segundo dados de demanda, epidemiológicos e dos Planos de Saúde;
- 58.3 o credenciamento e descredenciamento dos serviços privados seja aprovado pelos Conselhos de Saúde;
- 58.4 as entidades filantrópicas e realmente sem fins lucrativos sejam reconhecidas e tratadas como públicas não-estatais, portanto parceiras preferenciais na construção local e regional do SUS quando da impossibilidade dos serviços públicos atenderem à demanda, conforme preconiza o artigo 199 da Constituição Federal;
- 58.5 os serviços conveniados e contratados submetam-se à legislação do SUS.

59 O Conselho Nacional de Assistência Social, junto com o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Federal de Educação, devem elaborar, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da divulgação deste Relatório, proposta de legislação revisando os critérios para a emissão dos certificados de filantropia e a definição de entidades sem fins lucrativos e de utilidade pública, para posterior envio ao Congresso Nacional.

60 O Conselho Nacional de Saúde deve elaborar e encaminhar ao Congresso Nacional proposta de legislação e normas para o reconhecimento de estabelecimentos com atuação na área da Saúde como entidades filantrópicas sem fins lucrativos ou de utilidade pública. Entre outros pontos, deve constar que:

60.1 o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Conselhos de Saúde devem, na área da Saúde, ser os órgãos fiscalizadores do funcionamento dessas entidades;

60.2 os serviços de saúde, para serem enquadrados como serviços filantrópicos, devem destinar no mínimo 60% de sua capacidade instalada ao SUS; os que não cumprirem esse requisito serão reenquadrados como privados;

60.3 será retirada a classificação de entidade filantrópica das empresas, cooperativas e Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

61 Os gestores do SUS não devem admitir e implementar qualquer tipo de contrato, convênio ou transferências de recursos públicos, de qualquer natureza e a qualquer título, que não esteja em conformidade com as normas e sob acompanhamento e aprovação do Conselho de Saúde correspondente.

62 Os convênios com o setor filantrópico e as contratações com o setor privado devem ser definidos por instrumento individual específico, sob normas do direito público, e devem ser sempre fiscalizados e controlados pelos gestores e Conselhos de Saúde.

63 Os gestores do SUS devem garantir a prevalência do interesse público nos serviços conveniados ou contratados, através de:

63.1 legislação que viabilize a possibilidade de intervenção, desapropriação ou mesmo expropriação, no interesse público;

63.2 punição com advertência, suspensão ou descredenciamento, no caso de discriminação, cobrança de honorários ou taxas para atendimento dos usuários do SUS. A punição aplicada deverá ser publicada no Diário Oficial pertinente e divulgada amplamente.

64 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem suspender as autorizações de credenciamento da rede conveniada/contratada até que os atuais serviços credenciados estejam funcionando satisfatoriamente, a critério dos Conselhos Municipais de Saúde. Os credenciamentos devem estar vinculados ao perfil epidemiológico da população e da área geográfica a ser abrangida, bem como aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

65 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem realizar, no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da divulgação deste Relatório, um levantamento do patrimônio do SUS alocado em instituições filantrópicas e privadas prestadoras de serviços de saúde, e encaminhá-lo aos respectivos Conselhos de Saúde para avaliação, deliberações e encaminhamento de providências.

66 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem apresentar aos respectivos Conselhos de Saúde, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a partir da divulgação deste Relatório, para discussão e aprovação, normas quanto às condições de funcionamento dos serviços privados de assistência à saúde, conforme preceituam os artigos 15, inciso XI, e 22 da Lei Federal nº 8.080/90.

67 Os gestores do SUS devem aprofundar a legislação que trata da participação complementar do setor privado e filantrópico no SUS, estabelecendo normas, critérios e procedimentos nos Códigos de Saúde, aprovados pelos Conselhos de Saúde e pelos legislativos, de forma a

garantir qualidade, equidade, universalidade, eficácia e eficiência nas ações oferecidas à população por esse setor.

68 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como os Conselhos de Saúde, devem reafirmar o modelo de gestão pública do SUS, coibindo o uso de recursos físicos, financeiros, materiais, tecnológicos e humanos públicos por empresas privadas, filantrópicas ou cooperativas profissionais, assegurando a universalidade e integralidade da atenção e o controle social no SUS. Para tanto, entre outras iniciativas, devem:

68.1 rejeitar quaisquer iniciativas de "contratos de gestão", no modelo Associação das Pioneiras Sociais. O Conselho Nacional de Saúde deve fiscalizar a Associação das Pioneiras Sociais;

68.2 fazer retornar ao gerenciamento público as unidades de saúde repassadas para a gestão privada, bem como o ressarcimento dos investimentos realizados na rede privada de saúde.

69 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem confrontar as alternativas privatizantes em curso, reafirmando a legislação do SUS e implantando a atenção integral à saúde com qualidade e eficácia no atendimento dos usuários, inclusive nos serviços conveniados e contratados. Portanto, devem rejeitar os modelos implantados com base no pronto-atendimento paliativo, que ferem os princípios de integralidade e equidade do SUS.

2.5.1. Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde

70 Os gestores do SUS devem apresentar aos Conselhos de Saúde, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da divulgação deste Relatório, proposta de regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, para discussão, aprovação e posterior encaminhamento aos respectivos legislativos. Essa regulamentação deve prever mecanismos para que essas empresas:

70.1 sejam obrigadas a oferecer atendimento sem restrições quantitativas ou qualitativas, sem limitações e carências, sem reajustes diferenciados por faixa etária e sem restrições, pelos usuários, de escolha de profissionais e estabelecimentos de saúde;

70.2 sejam fiscalizadas e controladas com mais rigor quanto à qualidade do atendimento prestado aos usuários.

71 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem criar legislação e mecanismos para o ressarcimento, por parte das Empresas de Seguro Saúde, Medicina de Grupo e/ou as Previdências Públicas Estaduais e Municipais, pelo atendimento prestado aos seus segurados por serviços do SUS. O reembolso deve ser recolhido aos respectivos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde.

72 Os gestores do SUS devem proibir, às unidades e serviços públicos de saúde, o estabelecimento de convênios com Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, já que as mesmas devem destinar suas capacidades instaladas ao atendimento público, equânime e universal, conforme determina a legislação do SUS. O atendimento dos beneficiários dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde nas unidades e serviços públicos de saúde não deve ter qualquer diferenciação em relação aos demais usuários do SUS, sendo vedado qualquer privilégio decorrente dessa condição.

2.5.2. Terceirização e Privatização na Saúde

73 O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Conselhos de Saúde devem proibir a terceirização e a privatização dos serviços públicos de saúde, sob

qualquer de suas denominações ("cooperativas", "fundações", "contratos de gestão", "organizações sociais", concessão de serviços públicos ou outra que acarretem, na prática, o afastamento do Estado das suas obrigações constitucionais), já que estas modalidades de gestão geram o clientelismo, o fisiologismo e as demissões arbitrárias, sob o argumento falacioso de aumento da autonomia dos municípios. Para isso, devem:

73.1 suspender qualquer modalidade de gestão que delegue a gerência de serviços de saúde públicos e o controle do processo de trabalho em Saúde, que inverta as prioridades e finalidades dos serviços públicos, que facilite a perda de direitos trabalhistas e a instituição de contratos temporários com o ingresso sem concurso público. Cabe ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde proibir a implantação destas modalidades de gestão, suspendendo o repasse financeiro do SUS a hospitais, laboratórios ou ambulatorios incluídos nesta situação, até sua regularização;

73.2 tomar providências imediatas quanto ao PAS, implantado em São Paulo, que tem demonstrado que, além da destruição dos serviços públicos, prejudica a resolubilidade dos serviços e apenas sustenta-se mediante amplo esquema de propaganda, que tem consumido percentual significativo dos recursos da Saúde.

74 O Conselho Nacional de Saúde deve acionar o Ministério Público para que seja declarada a inconstitucionalidade do Programa de Atenção à Saúde (PAS) de São Paulo e outros projetos e programas similares, que ferem os princípios do SUS.

2.6. INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

2.6.1. Política Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde

75 O Ministério da Saúde deve criar, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da divulgação deste Relatório, uma Comissão Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde, com a participação do Fórum Nacional pela Democratização da Informação, para a definição de uma Política Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde que contemple, também, os interesses dos usuários, centros de pesquisa em ciência e tecnologia e produtores de informação.

76 Os gestores do SUS devem garantir meios políticos, financeiros, institucionais e administrativos para que as atividades de Informação, Educação e Comunicação em Saúde visem ao interesse público e tenham caráter estratégico na organização de todas as ações e serviços do SUS.

77 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem integrar a área de Comunicação Social às ações de Informação e Educação em Saúde, de forma a que também sejam produzidas, organizadas e divulgadas informações sobre a conceituação ampla de saúde e, assim, melhorar o controle social, bem como ampliar o acesso a programas educativos em relação às doenças e à manutenção da saúde, ao funcionamento do Sistema de Saúde, aos direitos dos usuários e às obrigações dos serviços de saúde.

78 Os gestores do SUS devem elaborar, com o acompanhamento dos Conselhos de Saúde, um Plano de Educação e Saúde que contemple: implantação progressiva de programa de Educação em Saúde em toda a rede de ensino; a ocupação progressiva e racional de espaços na mídia; maior envolvimento da população nas campanhas oficiais de saúde; aperfeiçoamento dos canais de informação em saúde para uso da população; resgate do saber popular em saúde.

79 Os gestores do SUS devem implantar, em todos os níveis, Núcleos Interinstitucionais de Educação e Saúde, em parcerias técnicas e administrativas com universidades e outras instituições públicas e entidades sociais que militem na defesa e desenvolvimento do SUS, para estudar, pesquisar e implementar políticas e estratégias de educação popular, desenvolvimento de trabalhadores em Saúde e comunicação social, implementados de forma democrática e participativa.

80 Os gestores do SUS devem estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas de interesse social na área da Saúde, divulgando-os amplamente aos usuários, com a finalidade de favorecer o pleno desenvolvimento do SUS. Entre estes:

- 80.1 pesquisas sobre a satisfação dos usuários do SUS com o atendimento recebido, com o acompanhamento dos respectivos Conselhos de Saúde;
- 80.2 pesquisas, realizadas em parceria com universidades públicas, que analisem a efetividade das práticas populares alternativas em saúde (fitoterapia, alimentação alternativa, etc.), com o apoio das agências oficiais de fomento à pesquisa;
- 80.3 análise e acompanhamento das informações em saúde fornecidas à sociedade, para garantir sua fidedignidade e qualidade.

81 Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem analisar e divulgar as normas e outros instrumentos legais do SUS, através de suas Comissões e com a cooperação técnica e operacional do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

82 O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde devem gestionar, junto ao Ministério das Comunicações e ao Congresso Nacional, a determinação de que as concessionárias de serviços de radiodifusão e televisão divulguem informações de utilidade pública sobre o funcionamento do SUS, a partir de dados fornecidos pelos gestores e pelos Conselhos de Saúde, inclusive denúncias e debates, bem como informações gerais sobre saúde.

83 Os gestores do SUS devem propor às demais estruturas do Poder Executivo e do Legislativo uma legislação que determine que a publicidade de cigarros, bebidas e outros produtos que comprovadamente apresentem efeitos nocivos sobre a saúde finance, também, campanhas publicitárias com tempo e espaço equivalentes para a divulgação de informações para a promoção, proteção e reabilitação da saúde e defesa do SUS.

2.6.2. Organização e Funcionamento do Sistema Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde

84 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem implantar um Sistema Nacional de Informações em Saúde que contemple, conforme dispõe a Lei Federal nº 8.080/90, a produção, organização e divulgação dos seguintes dados: epidemiológicos; populacionais e demográficos; orçamentários; sócioeconômicos; de capacidade instalada e distribuição dos serviços públicos, conveniados e contratados; de cobertura hospitalar, ambulatorial e de outras ações de saúde; de legislação e de documentos oficiais; e de pesquisas e tecnologias em saúde. Nesse sentido, deve ser elaborado um projeto pelo Ministério da Saúde, a ser encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da divulgação deste Relatório. Esse Sistema deve contemplar, entre outros fatores:

- 84.1 a incorporação e a integração de todos os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), do Sistema de Informações de Órteses e Próteses (SIOP), da Saúde do Trabalhador, da Saúde Bucal, do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), do Sistema de Informações de Agravos de Notificação Compulsória e de outros, bem como a articulação com os Sistemas Estaduais e Municipais de Informação em Saúde;
- 84.2 o preenchimento, por todos os serviços públicos e privados de saúde, do SIA/SUS, do SIH/SUS e do SIOP/SUS, transformando-os em um sistema de informação universal sobre a atenção ambulatorial e hospitalar no Brasil, podendo manter-se como sistema de pagamento do SUS;
- 84.3 a integração com as ações e programas de Educação e Comunicação em Saúde,

de forma a que esse sistema subsidie não somente ações técnicas, administrativas e gerenciais, mas também de capacitação e desenvolvimento de trabalhadores, de educação para a cidadania, de pesquisa e acompanhamento das ações e serviços de saúde, de planejamento participativo e de programas interinstitucionais;

84.4 a facilitação do acesso aos usuários e ampla divulgação, a exemplo do projeto Rede Brasileira de Informação e Documentação em Saúde (REBIDIA), desenvolvido pela Pastoral da Criança, inclusive às informações sobre a estrutura e a organização dos serviços; as formas de acesso; os indicadores de saúde; as normas e a legislação em saúde; e indicadores sociais, estudos e pesquisas;

84.5 a transparência e permeabilidade ao controle social;

84.6 a efetividade na modificação do quadro sanitário e na priorização, acompanhamento e avaliação das ações e serviços, rompendo com as informações meramente quantitativas e com fins administrativos;

84.7 a avaliação dos impactos das ações e serviços sobre a saúde da população e sobre a qualidade de vida.

85 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem construir, organizar e implementar seus sistemas de informação de forma a integrá-los plenamente ao Sistema Nacional de Informações em Saúde, através de cooperações técnicas, financeiras e operacionais.

86 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem criar Centros de Documentação, Informação, Comunicação e Educação em Saúde nos Sistemas de Saúde locais, estaduais e nacional, voltados para a democratização das informações e acessíveis aos usuários, conselheiros, trabalhadores em Saúde e gestores do Sistema, de forma a possibilitar o controle social, a fiscalização, a gerência, e o planejamento do SUS.

87 Os gestores do SUS devem ampliar e otimizar os fluxos das informações epidemiológicas e gerenciais, bem como conhecimentos a respeito da saúde, entre os diversos níveis do SUS, mediante utilização de tecnologias apropriadas, com especial responsabilidade do Ministério da Saúde.

88 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde devem criar Bancos de Dados, que possam ser acessados inclusive on line, com as transferências financeiras para os estados e municípios. O Ministério da Saúde deve divulgar, no programa "A Voz do Brasil", nos moldes do que realiza o Ministério da Educação, o montante e a destinação de todos os recursos financeiros repassados aos estados e municípios.

89 Os gestores do SUS devem realizar prestação de contas das ações do seu nível de governo, incluindo as ações específicas na saúde e as demais que incidem na qualidade de vida da população, através de meios de fácil apreensão e acesso ao público.

90 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem incrementar e facilitar o acesso a todas as informações em saúde via meios eletrônicos (computador, Internet, CD-ROM, etc.) com tecnologia adequada, cuja implantação deve ser acompanhada pelos Conselhos de Saúde com assessoria técnica do Ministério da Saúde. Essa tecnologia, bem como recursos financeiros para sua implantação, devem ser repassados aos estados e municípios, os quais também devem participar da gestão e do financiamento desse Sistema. Inicialmente, deve ser facilitado o acesso dos gestores e dos usuários do SUS aos Bancos de Dados atualmente existentes no Ministério da Saúde, nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e nas empresas públicas de processamento de dados.

91 O Ministério da Saúde deve apresentar ao Conselho Nacional de Saúde, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da divulgação deste Relatório, para discussão e aprovação, proposta da criação do Sistema Único de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde.

92 Os gestores do SUS devem implantar a longo prazo o Cartão SUS, nacionalmente, com o objetivo de cadastrar os usuários, organizar a rede de atenção integral à saúde e implantar um sistema de informações que garanta o acesso de todos os usuários a todas as ações e serviços públicos, conveniados e contratados. O Cartão SUS não poderá, de forma alguma, servir para restringir a assistência, mas sim para garantir a universalidade, respeitada a territorialização, a referência e a contra-referência.

93 As Secretarias Municipais de Saúde devem instalar, com a participação técnica e financeira da União e dos estados, sistemas informatizados de gerenciamento, produção e análise de indicadores, controle de estoque, atendimentos nos serviços ambulatoriais e hospitalares e outros, compatíveis entre si e com os Bancos de Dados das demais esferas de governo. Esses sistemas e dados devem ser amplamente divulgados, de forma acessível, para que os cidadãos informem-se sobre a realidade das condições de saúde.

94 As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem organizar e implantar Centrais de Informação regionalizadas para a facilitação e otimização no uso de leitos hospitalares (Central de Leitos) e para o agendamento de consultas e exames em serviços de referência (Central de Consultas e Exames Especializados).

95 Os gestores do SUS devem criar mecanismos ágeis de circulação de informações entre os órgãos centrais e as unidades e serviços de saúde.

96 Os gestores do SUS devem organizar um sistema de prontuários informatizados de todos os usuários para os atendimentos em todo o Sistema de Saúde, respeitadas as disposições dos Códigos de Ética Profissional e a privacidade e a confidencialidade pertinentes ao usuário.

97 Os gestores do SUS, em todos os níveis, devem tornar públicas as informações sobre o atendimento em cada uma das unidades prestadoras de serviços do SUS, através de:

97.1 fixação, em local visível e de fácil acesso aos usuários, em todas as unidades e serviços de saúde do SUS, de informações sobre as ações oferecidas, horários de funcionamento, quadro de trabalhadores e seus horários e funções;

97.2 publicações contendo informações sobre a capacidade instalada e as formas de acesso aos serviços da rede própria, conveniada e contratada do SUS;

97.3 fixação, em todas as unidades públicas, conveniadas ou contratadas do SUS, em local e com formato de destaque, a mensagem: "Este é um serviço do Sistema Único de Saúde. O usuário não deve pagar qualquer serviço ou taxa para ser atendido".

98 Os gestores do SUS devem garantir recursos financeiros específicos e implementar ações de Educação em Saúde, definidas e acompanhadas pelos Conselhos de Saúde, para capacitação e informação dos trabalhadores em Saúde, dos movimentos sociais e da população como um todo, baseados em propostas que visem ao fortalecimento do SUS, ao exercício da cidadania e à compreensão da saúde ligada à qualidade de vida. Para isso, as ações de Educação em Saúde não devem restringir-se às variáveis biológicas, mas incluir também as questões sociais, como a posse e uso da terra, acesso à habitação, alimentação, saneamento básico, trabalho justo, lazer, transporte e participação no processo de governo.

99 Os gestores do SUS devem ampliar e democratizar a comunicação social do SUS, de forma que as informações sobre a saúde e sobre o SUS cheguem a todos os setores, principalmente aos usuários, através de meios acessíveis e diretos, tais como:

- 99.1 rádio, televisão, jornal, fax, Internet, telefone gratuito e outros meios de fácil acesso, permitindo maior agilidade na informação e orientação da população;
- 99.2 mensagens em linguagem popular impressas nas contas de água, luz e outros serviços públicos, em folders e materiais utilizados nas escolas, em revistas em quadrinhos e outras de grande circulação e/ou de penetração em públicos específicos, etc.;
- 99.3 plenárias de discussão e divulgação do SUS nos estados e municípios;
- 99.4 programas educativos veiculados pela mídia, esclarecendo o que é o SUS, o que faz e como faz, e sobre saúde, em linguagem acessível;
- 99.5 ações educativas, em articulação com as igrejas, escolas, sindicatos, associações de moradores, agentes comunitários, etc. para divulgar noções de saúde e funcionamento do SUS.

100 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem, conjuntamente, criar pólos de Comunicação Social em Saúde em municípios estratégicos, para incentivar a Política de Educação em Saúde e a conscientização popular. Também devem realizar campanhas publicitárias em defesa do SUS nos meios de comunicação, acompanhadas pelos Conselhos de Saúde, que incluam a divulgação das experiências positivas na gestão do Sistema de Saúde.

101 Os gestores e os Conselhos de Saúde devem constituir, através de comissões paritárias, políticas democráticas de comunicação em todos os níveis do Sistema de Saúde, implementando atividades e veículos de comunicação e informação que promovam a inter-relação entre os Conselhos de Saúde e a população, estimulando a participação dos usuários em todos os níveis do SUS.

102 Os gestores do SUS e as entidades participantes devem divulgar o Relatório da 10^a Conferência Nacional de Saúde, o processo que culminou na sua realização e a implementação das suas deliberações, principalmente através do rádio e da televisão, em redes nacional e regionais e em horário nobre, e de outros meios de comunicação. O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde devem incluir na programação da 11^a Conferência Nacional de Saúde discussão acerca do que foi implementado a partir do Relatório da 10^a CNS.

103 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem realizar campanhas de divulgação dos direitos e deveres dos usuários em relação ao Sistema Único de Saúde, com cartilhas informativas de fácil compreensão, distribuídas em todas as unidades e serviços de saúde, e mensagens publicitárias veiculadas amplamente pela mídia em horários nobres, que demonstrem, entre outros, o direito de assinar e receber cópias dos documentos de procedimentos realizados (consultas, exames de apoio diagnóstico e outros procedimentos terapêuticos), de saber sobre a oferta de ações, a disponibilidade de profissionais e condições e horários de funcionamento de todos os serviços de saúde do SUS. Deve ser desencadeada, particularmente, uma campanha para viabilizar o fornecimento, aos usuários, de documentos que informem as ações e seu custo no atendimento prestado, conforme prevê a Portaria nº 74/94, da Secretaria de Assistência à Saúde/MS.

104 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem investir recursos financeiros para desencadear e manter amplas campanhas educativas e de divulgação, acessíveis a todos os segmentos populacionais e com a distribuição de cartilhas e manuais de orientação sobre saúde e sobre o SUS, que incluam, entre outros, os seguintes temas: papel dos Conselhos e conselheiros de Saúde; métodos contraceptivos, considerando as questões específicas de gênero, raça e etnia; saúde bucal, visando combater ações desnecessárias de extrações de dentes (mutiladoras); prevenção de doenças; prevenção de acidentes e doenças provocadas pelo trabalho; importância do uso de equipamentos de proteção e segurança no trabalho, bem como da responsabilidade legal das empresas sobre o ambiente de trabalho; câncer de próstata; reabilitação de pessoas deficientes.

105 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem desenvolver um Programa Intersectorial de Educação Alimentar que valorize o potencial das diferentes regiões, com a implantação de hortas, viveiros e pomares com acompanhamento técnico.

106 Os gestores da Saúde, em todos os níveis, devem fornecer aos Conselheiros de Saúde e às entidades dos movimentos sociais, cópias da legislação de Saúde, do Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual.

107 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem reestruturar suas ações educativas, redimensionando-as para respeitar a realidade e as diversidades locais e regionais, bem como a cultura das comunidades e o perfil epidemiológico.

108 Os gestores da Saúde devem realizar campanhas educativas no interior das instituições de saúde, visando a reorientação das práticas dos trabalhadores ao novo modelo assistencial e capacitando-os a realizar ações educativas com os usuários. Também devem realizar uma campanha, envolvendo os trabalhadores em Saúde, para discutir e informar sobre as maneiras pelas quais o racismo interfere nas condições de saúde da população negra.

109 Os gestores federal e estaduais do SUS devem realizar seminários de capacitação sobre o SUS: a descentralização e o planejamento, ao nível dos municípios, para garantir a municipalização após a posse dos novos prefeitos.

10^a

CONFERÊNCIA
NACIONAL
DE SAÚDE

3. CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde deliberaram pelo aprofundamento e pelo fortalecimento do controle social, reafirmando a obrigação de os gestores cumprirem a legislação do SUS também no que se refere ao caráter permanente e deliberativo dos Conselhos de Saúde na formulação e no controle da execução da Política de Saúde. Determinaram, ainda, as responsabilidades dos gestores do SUS no estabelecimento de medidas que garantam o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde. Destacaram proposições de alteração da composição atual dos Conselhos de Saúde e de reforço da articulação autônoma entre Conselhos e conselheiros de Saúde.

3.1. CONTROLE SOCIAL SOBRE O SUS

110 No que se refere ao aprofundamento do controle social, para a democratização do SUS, os participantes da 10ª CNS deliberaram que os Conselhos de Saúde devem:

- 110.1 promover, com apoio técnico e financeiro dos gestores do SUS, a ampla divulgação das resoluções, atividades, datas e locais de reunião dos Conselhos de Saúde, através dos meios de comunicação, cursos, seminários, palestras e boletins;
- 110.2 financiar, com recursos orçamentários próprios e com outras fontes, jornais, boletins informativos e outras publicações, com linha editorial autônoma e edição periódica, divulgando resoluções, informando sobre a aplicação dos recursos dos Fundos de Saúde, sobre experiências inovadoras e sobre outros assuntos de interesse dos conselheiros de Saúde e da sociedade;
- 110.3 estimular a articulação sistemática entre Conselhos, conselheiros de Saúde e sociedade civil, abrindo suas reuniões à população, demonstrando publicamente a execução de seus gastos e ações;
- 110.4 estimular a participação dos usuários em todos os níveis do SUS, promovendo formas participativas de planejamento e gestão, visando estabelecer prioridades de acordo com as necessidades da população, que deverá ser consultada sobre a implantação de programas, unidades e serviços de saúde;
- 110.5 cobrar dos parlamentares, do Poder Legislativo, dos gestores do SUS e do Poder Executivo a aprovação de regras e a implementação de medidas que garantam a transparência e a democratização na alocação de recursos financeiros e o controle de sua utilização, pressionando, ainda, para que apóiem lutas e propostas de interesse coletivo;
- 110.6 manter articulação permanente com o Ministério Público, o Tribunal de Contas, os Conselhos da Seguridade Social, da Previdência Social e da Assistência Social, a Promotoria dos Direitos do Consumidor (PROCOM), os Conselhos Tutelares da Criança, do Adolescente e do Idoso e com as entidades representativas dos trabalhadores em Saúde e dos usuários do SUS;
- 110.7 promover eventos e oficinas abertas visando informar os usuários do SUS e instrumentalizá-los para o exercício da cidadania.

111 Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem descentralizar as reuniões, alternando-as entre municípios-pólo, sedes dos municípios, distritos e unidades de saúde, com ampla divulgação prévia, informando à população a legislação do SUS e as atribuições dos Conselhos de Saúde.

112 Os Conselhos e os gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de participação, os quais devem ter asseguradas, pelos gestores do SUS, todas as informações necessárias para a análise e deliberação das questões a eles pertinentes, bem como para divulgação aos usuários. Os Conselhos e Conferências de Saúde devem obedecer à paridade estabelecida pela Lei Federal nº 8.142/90. Entre esses mecanismos, incluem-se:

- 112.1 Conselhos gestores nas unidades e serviços de saúde públicos (ambulatórios, hospitalares);
- 112.2 Conselhos gestores nos hospitais filantrópicos e universitários e nos serviços conveniados com o SUS. A renovação de convênios do SUS com os mesmos deverá ser condicionada à existência e funcionamento desses Conselhos;
- 112.3 Ouvidorias e Serviços Disque-Denúncia em todos os níveis do SUS, vinculados aos Conselhos de Saúde;
- 112.4 Comissões de Ética Multiprofissionais, vinculadas aos Conselhos de Saúde, para analisar denúncias de mau atendimento e avaliar o comportamento dos trabalhadores em Saúde;
- 112.5 Conselhos Distritais e Regionais de Saúde;
- 112.6 Conselhos Deliberativos nas indústrias farmacêuticas públicas (compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores);
- 112.7 orçamento participativo setorial, sob o controle e coordenação dos Conselhos de Saúde;
- 112.8 Conferências Microrregionais de Saúde;
- 112.9 fóruns permanentes de defesa da cidadania plena, para discutir questões relativas ao SUS e à Reforma do Estado;
- 112.10 fóruns anuais ampliados nos estados, nos municípios, nos distritos e nas regiões, para avaliar o processo de implantação do SUS, o cumprimento das deliberações das últimas Conferências e propor temáticas pertinentes para as próximas.

113 O caráter deliberativo e o poder fiscalizador dos Conselhos de Saúde sobre as ações e serviços de saúde devem ser garantidos pelos gestores do SUS através de:

- 113.1 encaminhamento aos Conselhos de Saúde, para discussão, deliberação e acompanhamento, de todas as propostas relativas à Política de Saúde (organização, gestão, financiamento, programas, contratos, convênios, etc.);
- 113.2 homologação e implementação das decisões dos Conselhos de Saúde;
- 113.3 livre acesso dos conselheiros de Saúde a todas as informações sobre produção de serviços, horários de trabalho (especialmente plantões), custos de atendimento, indicadores de saúde, elaboração e implementação dos Planos de Saúde, metas, propostas, programas, projetos, informações relativas ao saneamento básico e ao meio ambiente, contratos e convênios com a rede privada e filantrópica, implantação de consórcios intermunicipais, orçamento para a Saúde e extratos bancários e fluxo de caixa diário das contas dos Fundos de Saúde, auditorias e fiscalizações ou qualquer outra informação solicitada pelos conselheiros de Saúde. A sonegação de informações deve implicar em crime de responsabilidade;

113.4 clara separação entre as funções deliberativas dos Conselhos de Saúde e as funções executivas dos gestores do SUS.

114 Os Conselhos de Saúde devem implementar ou criar:

114.1 Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador, de Alimentação e Nutrição, de Saneamento e Meio Ambiente, de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, de Ciência e Tecnologia em Saúde, de Saúde do Índio, de Recursos Humanos para a Saúde, conforme prevê o artigo 12 da Lei Federal nº 8.080/90;

114.2 Comissões de Reforma Psiquiátrica, de Atuação Profissional na Área da Saúde, de Saúde da Mulher e outras que se fizerem necessárias;

114.3 Comissão Permanente de Acompanhamento do Processo Orçamentário, para controle do financiamento e utilização dos recursos financeiros do SUS;

114.4 Comissão Permanente de Fiscalização, com o objetivo de verificar a qualidade da atenção à saúde e o cumprimento da legislação do SUS.

115 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde não devem aceitar prestações de contas ou repassar verbas às Secretarias Estaduais e Municipais que não respeitem efetivamente o poder deliberativo dos Conselhos de Saúde sobre a destinação, o controle e a alocação de recursos financeiros, bem como sobre a definição da Política de Saúde a ser implementada.

116 Os Conselhos Estaduais de Saúde devem estabelecer montantes e percentuais de recursos estaduais a serem repassados, regular e automaticamente, aos municípios, a partir de critérios técnicos (entre eles os populacionais). Devem, ainda, garantir a transferência da rede de serviços aos municípios, segundo os preceitos constitucionais.

117 O Poder Executivo (Federal, estados e municípios) deve comprometer-se a implementar novos instrumentos legais que digam respeito à área da Saúde apenas após prévia discussão com os Conselhos de Saúde, de acordo com a legislação do SUS.

118 Os Conselhos de Saúde, com apoio técnico e financeiro dos gestores do SUS, devem buscar a criação de espaços na mídia escrita, falada, televisiva e eletrônica para divulgar deliberações e informações dos Conselhos de Saúde.

119 As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ter suas funções claramente definidas, não devendo avançar sobre as funções deliberativas dos Conselhos de Saúde e, ainda, submeter suas proposições às decisões dos mesmos.

120 Os gestores do SUS, prestadores de serviços e trabalhadores em Saúde devem simplificar a utilização do linguajar excessivamente técnico, para possibilitar melhor compreensão tanto pelos conselheiros de Saúde como pelos usuários do SUS.

121 Os Conselhos de Saúde devem atuar para garantir orçamentos e aporte de recursos adequados à construção do modelo de promoção à saúde delineado pela legislação do SUS.

122 Os Conselhos de Saúde devem controlar a administração das contas correntes dos Fundos de Saúde, devendo ter acesso aos extratos bancários das mesmas, bem como solicitar auditorias especiais ao Tribunal de Contas ou ao Sistema Nacional de Auditoria, caso sejam constatadas irregularidades.

123 O Conselho Nacional de Saúde deve tomar as medidas necessárias para a criação de legislação que permita a quebra do sigilo bancário das contas dos Fundos de Saúde e de seus administradores a partir de solicitação dos Conselhos de Saúde, quando forem constatadas irregularidades.

3.2. FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

124 Para assegurar o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, os gestores do SUS devem:

- 124.1 colocar à disposição dos Conselhos de Saúde a infra-estrutura e os recursos financeiros necessários para o pleno exercício de suas funções. Os Conselhos devem dispor, ainda, de dotação orçamentária própria, espaço físico permanente, órgãos de assessoramento técnico, secretaria executiva e de apoio administrativo;
- 124.2 ressarcir aos conselheiros de Saúde as despesas de deslocamento e pagamento de diárias, quando do efetivo exercício de suas funções.

125 Para assegurar seu pleno funcionamento, os Conselhos de Saúde devem:

- 125.1 promover uma Política Nacional de Capacitação de seus conselheiros, realizando cursos de capacitação e programas de educação continuada sobre aqueles conteúdos indispensáveis para a sua atuação, os quais serão custeados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Essas atividades devem ser desenvolvidas pelos Conselhos de Saúde, universidades públicas e núcleos de saúde, escolas de Saúde Pública, sindicatos, centrais sindicais e outras organizações, de forma intersetorial. Além das atividades de capacitação, essas entidades deverão prestar assessoria permanente aos Conselhos de Saúde;
- 125.2 criar subcomissões nos Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde para verificar se os Conselhos de Saúde estão realmente funcionando de forma autônoma e permanente;
- 125.3 propor ao Poder Legislativo a criação de legislação que impeça a perseguição política e garanta estabilidade, dispensa de ponto e abono de faltas dos trabalhadores dos setores público e privado que são membros dos Conselhos de Saúde, quando no exercício de suas funções, para que possam desempenhar plenamente essas atividades de relevância pública;
- 125.4 recomendar às autoridades governamentais e aos empregadores do setor privado a dispensa de ponto e abono de faltas aos trabalhadores que são membros dos Conselhos de Saúde, quando no exercício de suas funções, para que possam desempenhar plenamente essas atividades de relevância pública, conforme Resolução nº 27/92 do Conselho Nacional de Saúde;
- 125.5 ter regimento interno, revisado e aprovado pela respectiva Conferência de Saúde;
- 125.6 instituir documento de identidade para conselheiros de Saúde.

126 O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde devem incluir, como critério para o nível de gestão plena, que os presidentes dos Conselhos de Saúde sejam eleitos pelos conselheiros, sendo facultativa a candidatura do gestor daquele nível de governo.

127 O Conselho Nacional e os Conselhos Estaduais de Saúde deverão organizar, manter e atualizar periodicamente os cadastros nacional e estaduais de Conselhos e de conselheiros de Saúde, os quais deverão ter as seguintes informações:

- 127.1 existência e funcionamento de Conselho de Saúde nas unidades e serviços de saúde, distritos, municípios, regiões e estados;
- 127.2 históricos e instrumentos legais de criação e composição dos Conselhos de Saúde;
- 127.3 endereços completos dos Conselhos e conselheiros de Saúde;

127.4 características sócio-demográficas dos conselheiros de Saúde, entre outras informações.

3.3. COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

128 O Conselho Nacional de Saúde deve constituir uma comissão para promover a sua reestruturação, apresentando a proposta, previamente discutida em Plenárias Estaduais, a uma Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, num prazo máximo de seis meses a contar da divulgação deste Relatório.

129 Os Conselhos de Saúde devem normatizar o processo de escolha e designação de conselheiros de Saúde.

130 Os gestores do SUS devem garantir, na composição dos Conselhos de Saúde, o cumprimento das seguintes regras:

130.1 obedecer a proporcionalidade de 50% de usuários, 25% de trabalhadores em Saúde e 25% de gestores e prestadores;

130.2 os gestores do SUS ficam proibidos de indicar os representantes dos usuários, dos trabalhadores em Saúde e dos prestadores de serviços nos Conselhos de Saúde;

130.3 os representantes dos trabalhadores em Saúde, de órgãos do Legislativo, Executivo e Judiciário, de entidades patronais, Lions e Rotary ficam proibidos de representar os usuários;

130.4 os funcionários com cargo de confiança ficam proibidos de participar como conselheiros, salvo quando representarem o gestor público ou privado que os emprega;

130.5 a composição dos Conselhos deve ser estabelecida por lei, e não através de decreto do Poder Executivo.

131 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem garantir que o processo de escolha de conselheiros de Saúde seja fiscalizado pelo Ministério Público e que as entidades com assento nos Conselhos de Saúde comprovem sua existência legal e representatividade junto a segmentos sociais expressivos.

3.4. AUTONOMIA DOS CONSELHOS E CONSELHEIROS DE SAÚDE

132 Os Conselhos de Saúde devem promover a sua autonomia, o seu fortalecimento político e a organização independente dos conselheiros de Saúde. Para isso, devem:

132.1 criar Comissões Inter-Conselhos Tripartite e Bipartite, com o objetivo de proporcionar uma maior integração entre as ações e decisões dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde;

132.2 integrar a ação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde com os Conselhos gestores Distritais e de unidades e serviços de saúde;

132.3 criar mecanismos permanentes para a troca de informações entre Conselhos e conselheiros de Saúde sobre orçamento, legislação do SUS e outros, visando promover a transparência da gestão pública e a boa gerência;

132.4 desenvolver mecanismos de articulação para que os Conselhos Nacional e Estaduais assessorarem e acompanhem os Conselhos Municipais de Saúde;

132.5 criar fóruns permanentes de articulação entre os conselheiros de Saúde;

10ª**CONFERÊNCIA
NACIONAL
DE SAÚDE**

132.6 promover Encontros Nacionais, Estaduais e Regionais de conselheiros a cada 2 (dois) anos, custeados pelos Fundos Nacional e Estaduais de Saúde;

132.7 viabilizar imediatamente a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

133 Os Conselhos de Saúde devem ter seu presidente eleito entre os seus membros.

134 Os conselheiros de Saúde não podem ser remunerados pelas suas atividades, sendo as mesmas consideradas de relevância pública.

4. FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde deliberaram pela manutenção da Seguridade Social e das suas fontes de financiamento, conforme previsto na Constituição Federal de 1988. Defenderam a aprovação do Projeto de Emenda Constitucional nº 169/93, que estabelece o percentual de recursos das contribuições sociais e das receitas fiscais que devem ser repassados para o financiamento do SUS. Deliberaram, ainda, sobre novas fontes de financiamento para o SUS, critérios para distribuição de recursos para a Saúde, funcionamento dos Fundos de Saúde únicos nos níveis Federal, Estadual e Municipal, critérios para o planejamento, gestão e controle dos recursos do SUS, distribuição dos recursos financeiros entre os setores público e privado e a tabela de procedimentos do SUS.

4.1. DEFESA DO SUS, DA SEGURIDADE SOCIAL E DO SEU FINANCIAMENTO PELO ESTADO

135 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem lutar pela garantia da indissociabilidade do conceito de Seguridade Social, da diversidade de fontes do seu financiamento, com aumento da base de arrecadação, e da elaboração - de acordo com o artigo 195 da Constituição Federal - do Orçamento Integrado da Seguridade Social, tendo como fonte de recursos todas as suas receitas constitucionais (o que deve incluir todas as receitas das contribuições sociais) e fazendo a partilha racional e solidária dos recursos entre a Assistência Social, Previdência Social e Saúde.

136 Os gestores do SUS devem lutar pela manutenção, em cada área integrante da Seguridade Social (Assistência, Previdência e Saúde), da gestão de seus recursos, assegurando a administração orientada por cada um desses setores, com controle social através dos respectivos Conselhos, evitando a utilização dos recursos da Seguridade Social para outras finalidades e garantindo a integração e interdependência dessas políticas públicas.

137 O Governo Federal e o Congresso Nacional devem modificar a sistemática de recolhimento dos recursos referentes às contribuições sociais e seus rendimentos, de forma a que sejam feitos pela Seguridade Social e não pelo Tesouro Nacional, onde atualmente ficam retidos junto com os demais recursos da União, facilitando o uso desses recursos para outros fins que não a assistência, a previdência e a saúde da população.

138 Os Governos Federal, Estaduais e Municipais e os Conselhos de Saúde e de Assistência Social devem assegurar que as verbas arrecadadas para a Seguridade Social não sejam desviadas para outros fins.

139 Os legislativos devem criar uma lei que considere como prática de crime hediondo o desvio de verbas ou malversação dos recursos do SUS pelos gestores do SUS ou seus subordinados, porque essas atitudes vêm ceifando, anualmente, a vida de milhares de brasileiros.

140 Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem priorizar as despesas com Seguridade Social em relação ao pagamento da Dívida Pública.

141 Os Conselhos de Saúde devem criar Comissões, no âmbito federal e em todos os estados e municípios, articulando o conjunto de movimentos sociais e entidades, com apoio dos gestores do SUS e dos legislativos, para organizar estratégias de Mobilização Nacional Permanente do Movimento em Defesa da Saúde e da Implementação do SUS e pela aprovação do Projeto de Emenda Constitucional nº 169/93, dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, que estipula a destinação, para a Saúde, de no mínimo 30% dos recursos da Seguridade Social e, no mínimo, 10% das receitas fiscais de cada esfera de governo (União, estados e municípios), alocados nos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e controlados pelos respectivos Conselhos de Saúde. As Comissões devem trabalhar articuladamente, estabelecendo um calendário de

manifestações em todo o país e atuação permanente no Congresso Nacional em defesa da implementação do SUS e da aprovação do Projeto de Emenda Constitucional nº 169/93, com utilização intensa da mídia para divulgar o movimento.

142 Enquanto não for aprovada a Emenda Constitucional nº 169/93:

142.1 o Congresso Nacional deve garantir, através da Lei de Diretrizes Orçamentárias Anual e da Lei Orçamentária Anual, o repasse, para o Fundo Nacional de Saúde, de 10% das receitas fiscais da União e de 30% dos recursos da Seguridade Social. O retorno da Fonte 154 (Contribuição sobre a Folha de Salários) como fonte de receita do orçamento do Ministério da Saúde e a manutenção da Fonte 153 (COFINS - Contribuição sobre o Faturamento) e da Fonte 151 (Contribuição sobre o Lucro) garantem o preceito constitucional constante no artigo 194 da Constituição Federal de 1988, que determina a diversidade das fontes de financiamento;

142.2 as Assembléias Legislativas devem garantir, através da Lei de Diretrizes Orçamentárias Anual e da Lei Orçamentária Anual, o repasse de 10% das receitas fiscais próprias dos estados para os Fundos Estaduais de Saúde (excluídas as transferências federais para o SUS);

142.3 as Câmaras Municipais devem garantir, através da Lei de Diretrizes Orçamentárias Anual e da Lei Orçamentária Anual, o repasse de 10% das receitas próprias dos municípios para os Fundos Municipais de Saúde (excluídas as transferências federais e estaduais para o SUS).

143 Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem cumprir o normatizado na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Federais nº 8.080/90, 8.142/90 e 8.689/93, no tocante ao financiamento. Estas leis preconizam a descentralização de recursos financeiros direta e automaticamente para os Fundos de Saúde, acabando com a fragilidade política e dependência econômica dos municípios em relação aos Governos Federal e Estaduais.

144 Os Governos e Legislativos Federal, Estaduais e Municipais devem definir uma política de financiamento consistente e de longo prazo para o SUS, estabelecendo em definitivo as responsabilidades da União, estados e municípios quanto à sua participação no financiamento da Saúde, para que não sejam necessárias soluções provisórias como a Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras (CPMF) ou empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Com relação a este último, a dívida deve ser paga com recursos do Tesouro Nacional (Fonte 100) e não com recursos das contribuições sociais.

145 Os Conselhos de Saúde, os Legislativos e o Ministério Público devem cobrar dos gestores de Saúde e dos seus respectivos governos o cumprimento da legislação do SUS sobre financiamento, como por exemplo - conforme determina o artigo 12 da Lei Federal nº 8.689/93 - a apresentação aos Conselhos de Saúde, no mínimo trimestralmente, por todos os Secretários Estaduais ou Municipais de Saúde, de Planos de Aplicação e Prestação de Contas, com as fontes de recursos aplicados, a ser realizada em audiência pública no respectivo Poder Legislativo.

146 As entidades representativas de trabalhadores e usuários, e os Conselhos de Saúde, devem estimular a sociedade organizada e se empenhar em criar mecanismos de pressão constante desde o nível local até o nacional, utilizando todos os meios de mobilização e comunicação, a fim de cobrar dos governos e legislativos a garantia do repasse das verbas, a garantia de dotação orçamentária e da sua execução, bem como o cumprimento das leis para que se viabilize a real implantação do SUS em todo o país.

147 Todos os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem ter uma atuação permanente para esclarecer os Legislativos Federal, Estaduais e Municipais sobre o SUS e as necessida

des de recursos financeiros para a Saúde, promovendo encontros e seminários com os senadores, deputados e vereadores.

148 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em articulação com os Conselhos de Saúde e a população, devem realizar uma ofensiva permanente, com ampla divulgação, contra a "cobrança por fora" feita por serviços ou profissionais aos usuários do SUS, nos serviços públicos, conveniados ou contratados, por ser este um ato contrário ao direito universal à saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988, que considera que toda a população brasileira, de forma direta ou indireta, contribui com recursos financeiros para a Seguridade Social.

149 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde devem garantir, quanto aos gastos com recursos humanos, na forma de repasse aos municípios, para pagamento da folha, no mínimo o mesmo montante que gastavam anteriormente à municipalização.

4.2. NOVAS FONTES DE RECURSOS PARA A SAÚDE

150 O Conselho Nacional de Saúde deve criar um Grupo de Trabalho composto por representantes dos seus segmentos, economistas, juristas, tributaristas e especialistas em orçamento para, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias a contar da divulgação deste Relatório, elaborar análise da pertinência e propostas de resoluções, projetos de lei e emendas constitucionais em relação às sugestões apresentadas e que se referem ao aumento de receitas para a Saúde. Os resultados dessa análise devem ser enviados a todos os Conselhos de Saúde, para discussão e deliberações. Entre as novas fontes propostas pelos delegados da 10ª CNS, destacam-se aquelas provenientes:

150.1 dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e das Empresas de Medicina de Grupo, que devem destinar integralmente aos Fundos de Saúde:

150.1.1 seus Impostos de Renda;

150.1.2 o percentual de 10% dos seus faturamentos;

150.1.3 uma taxa sobre os seus lucros, cujos recursos serão utilizados para a pesquisa científica nas universidades públicas;

150.1.4 o percentual, a ser estabelecido pelo Conselho Nacional de Saúde, das mensalidades dos seus segurados;

150.1.5 o ressarcimento ao SUS, pelas suas Operadoras, dos serviços de atendimento à saúde prestados a seus beneficiários ou segurados em instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde, de acordo com a tabela praticada pelo Plano, sendo que o atendimento desses usuários não deve ser privilegiado, respeitando-se a fila e a agenda única;

150.2 da extinção, pelo Governo Federal, da dedução de despesas com saúde, tanto do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) como da Pessoa Jurídica (IRPJ), depositando o montante de recursos dos impostos referentes a esses gastos no Fundo Nacional de Saúde;

150.3 da inclusão, pelo Governo Federal, na Declaração do Imposto de Renda, da dedução por doações a Fundo Municipal de Saúde;

150.4 do recolhimento, pelos Governos Federal, Estaduais e Municipais, de 30% dos recursos da Contribuição para a Seguridade Social dos servidores públicos federais, estaduais e municipais para o Fundo Nacional, Estadual e Municipal de Saúde respectivo;

- 150.5 da maior participação dos estados no financiamento da Saúde, com o repasse de recursos do orçamento estadual, enquanto estímulo à municipalização;
- 150.6 do fim do prazo de vigência do Fundo de Estabilização Fiscal, com retorno para a Seguridade Social das contribuições sociais e, para a Saúde, dos seus recursos orçamentários;
- 150.7 da interrupção do auxílio concedido ao sistema financeiro - Programa de Estímulo ao Fortalecimento e à Reestruturação do Sistema Financeiro Nacional (PROER) -, com a responsabilização dos fraudadores e ressarcimento ao erário público dos prejuízos causados;
- 150.8 da cobrança imediata, por parte do Governo Federal, dos impostos e contribuições sociais devidos pelos grandes empresários, proprietários e todos os outros devedores, encontrando mecanismos ágeis para a execução sumária das dívidas e alocando 30% desses recursos para a Saúde;
- 150.9 do repasse, pelo Governo Federal, para a Seguridade Social, dos recursos provenientes do confisco dos bens de fraudadores da Previdência Social;
- 150.10 do percentual de 8 a 10% do PIB para a Saúde;
- 150.11 da taxação progressiva da renda, propriedade e consumo;
- 150.12 do percentual do imposto progressivo sobre a terra improdutiva;
- 150.13 do percentual do imposto sobre grandes fortunas;
- 150.14 da taxa sobre a especulação financeira e imobiliária;
- 150.15 da taxa sobre eventos culturais e esportivos;
- 150.16 da taxa sobre a indústria de turismo;
- 150.17 da taxa sobre obras de construção civil;
- 150.18 da taxa de risco ambiental de indústrias;
- 150.19 da taxa sobre o montante de investimentos de empresas que causem impacto ambiental, previsto no Relatório de Impacto no Meio Ambiente (RIMA);
- 150.20 da taxa sobre as loterias e bingos;
- 150.21 de prêmios de loterias não reclamados pelos ganhadores ou não ganhos por nenhum apostador, acabando como acúmulo de prêmios;
- 150.22 de recursos obtidos com os leilões de contrabandos;
- 150.23 de recursos do desconto da remuneração dos parlamentares, relativos as faltas às sessões dos Legislativos Federal, Estadual ou Municipal;
- 150.24 de recursos dos seguros obrigatórios de automóveis, seguros opcionais de transporte particular ou público e seguros de passagens de coletivos;
- 150.25 de recursos da transformação do seguro das passagens intermunicipais e interestaduais, que hoje é opcional, em obrigatório;
- 150.26 da taxa de 10% do Imposto sobre Veículos Automotores (IPVA), por serem poluidores;

150.27 da taxa de 3% do Pró-Álcool;

150.28 da taxa dos tributos sobre os produtos que comprovadamente prejudicam a saúde individual e coletiva: agrotóxicos, fumo, bebidas alcoólicas e refrigerantes;

150.29 do repasse de 100% das multas e dos alvarás emitidos pela Vigilância à Saúde, depositados automaticamente no Fundo de Saúde, em cada nível de governo;

150.30 do percentual de 30% dos recursos do Programa Criança Esperança do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), para aplicação na Saúde da Criança e do Adolescente. Essa aplicação deve ser transparente, com prestação de contas através dos meios de comunicação;

150.31 da isenção de impostos na compra de veículos, equipamentos e outros insumos para as instituições públicas prestadoras de serviços de saúde.

151 Os Conselhos de Saúde devem encaminhar ao Ministério Público solicitação para que os setores inadimplentes com o fisco estadual e municipal sejam acionados para resgatar seus débitos, assegurando a alocação, nos Fundos de Saúde respectivos, daqueles recursos referentes à dívida.

152 Todos os Conselhos de Saúde e gestores do SUS devem defender uma Reforma Tributária, baseada nos princípios de redistribuição de renda e da progressividade, cujo objetivo deve ser a promoção do desenvolvimento social e econômico, a equidade e igualdade entre os cidadãos. Deve também resgatar a capacidade de gerência dos municípios, garantindo as fontes de recursos. Um dos princípios que devem nortear esta Reforma Tributária é de que parte dos recursos financeiros arrecadados nos municípios não sejam transferidos à União e estados e depois devolvidos aos municípios. A legislação deve ser reformulada para que parcela dos recursos arrecadados pela União, pelos estados e pelos municípios fique no próprio Fundo Municipal de Saúde (FMS).

153 Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, junto com as entidades sindicais e os gestores do SUS, devem promover ampla mobilização junto ao Congresso Nacional pela não-aprovação da Privatização do Seguro Acidentes do Trabalho na Reforma da Previdência Social. Este deve continuar sendo vinculado à Previdência Social Pública (Regime Geral de Previdência Social) e deve ser garantido o repasse de parte desses recursos aos Fundos de Saúde, nos três níveis de governo. A utilização desses recursos deve ser vinculada ao desenvolvimento de ações de Vigilância e Assistência à Saúde do Trabalhador e um percentual de 1% destinado aos Fundos Municipais de Saúde para ser usado na implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST); em prevenção; em estudos e pesquisas sobre acidente de trabalho e doenças ocasionadas pelo trabalho e nas adaptações dos acessos aos serviços públicos de saúde para as pessoas portadoras de deficiências. O uso dos recursos deve ser fiscalizado pelos Conselhos de Saúde.

154 O Ministério da Saúde deve elaborar e incrementar um Plano de Investimentos em Saúde discutido e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, com objetivos, metas e cronograma de execução, visando atingir o nível de investimentos de países desenvolvidos e priorizando a conclusão de obras paralisadas.

155 Os gestores do SUS, juntamente com os Conselhos de Saúde, devem pressionar pelo aumento de verbas federais, estaduais e municipais para programas específicos essenciais como, por exemplo, o combate à epidemia de dengue, aprovados pelos Conselhos de Saúde de acordo com a legislação do SUS.

156 A receita da CPMF deve ser depositada diretamente no Fundo Nacional de Saúde, devendo ser exclusivamente aplicada nos serviços de saúde do SUS. O Ministério da Saúde deve

garantir a democratização da alocação destes recursos através de deliberação do Conselho Nacional de Saúde e prestar contas, mensalmente, aos Conselhos de Saúde, da arrecadação e das despesas realizadas com os recursos da CPMF, bem como divulgar esses dados pelos meios de comunicação.

157 O Governo Federal deve garantir a continuidade do Projeto Nordeste como uma importante fonte de financiamento para o setor saúde.

4.3. CRITÉRIOS PARA A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DA SAÚDE

158 O Ministério da Saúde deve apresentar ao Conselho Nacional de Saúde, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias a contar da divulgação deste Relatório, para ampla discussão e posterior deliberação, em função da necessidade de mudança na lógica de financiamento para o SUS, uma proposta de regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080/90, que estabelece o repasse automático de recursos financeiros mediante critérios demográficos, populacionais, epidemiológicos, capacidade instalada e o impacto das ações desenvolvidas, resguardadas as formas de compensação intermunicipal ou interestadual. Somente através deste mecanismo será possível canalizar os recursos para as reais necessidades e problemas da população de cada município, incentivando a atenção integral à saúde e superando o modelo atual, que enfatiza a produção de atos fragmentados e individuais.

159 O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde devem revisar os critérios de distribuição dos recursos financeiros para a Saúde. O critério de repasse não deve ser apenas por quociente populacional, pois este prejudica os estados e municípios com baixa densidade demográfica e que possuem elevados custos operacionais. Atualmente, o Sistema de Financiamento do SUS está em desacordo com os princípios definidos por lei, pois baseia-se principalmente nos repasses e remuneração por produção. A pior consequência desta forma de pagamento é a manutenção das iniquidades. Os serviços de saúde mais estruturados produzem e recebem mais, enquanto aqueles menos estruturados não conseguem produzir tanto e recebem menos. Cria-se assim um círculo vicioso do qual é difícil livrar-se, já que a falta de recursos financeiros impede que aqueles serviços menos organizados se organizem. Igualmente, deve ser revisto o sistema de remuneração e repasse financeiro por produção, tanto para o setor público como para o filantrópico, utilizando, para tal, estudos e experiências já existentes. Essa modalidade de pagamento privilegia as ações curativas, em detrimento de ações preventivas, além de apresentar valores defasados e pagos com freqüentes atrasos.

160 O Conselho Estadual de Saúde, devidamente constituído segundo a lei, deve estabelecer, a partir da proposta da Comissão Intergestores Bipartite, montantes e percentuais de recursos financeiros estaduais a serem repassados do Fundo Estadual de Saúde, regular e automaticamente, para os municípios, a partir dos critérios técnicos até a regulamentação do artigo 35 da Lei Federal nº 8.080/90. Também deve estabelecer a transferência das unidades e serviços de saúde, de acordo com o preceito legal, além de garantir, para a implementação do SUS, cooperação técnica e financeira com os municípios.

161 O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite e os Conselhos de Saúde, para o estabelecimento ou redistribuição dos tetos financeiros, devem levar em conta dados atualizados sobre os estados e municípios em relação:

161.1 à situação geográfica, demográfica e sócio-econômica;

161.2 o recenseamento;

161.3 a alta dispersão populacional;

161.4 a população flutuante;

161.5 os assentamentos existentes;

161.6 o perfil epidemiológico da população;

161.7 o fluxo de usuários de outros países, estados ou municípios;

161.8 a compensação financeira para aqueles que são referência na área hospitalar e/ou ambulatorial;

161.9 a capacidade e estrutura dos serviços de saúde;

161.10 o cumprimento das metas dos Planos de Saúde.

162 O Governo Federal deve transferir para os municípios em gestão plena um valor adicional de 30% além do teto que deve ser aplicado em promoção, prevenção e na implantação de sistemas alternativos de assistência. Para financiar estas ações as fontes de recursos devem ser retiradas do PROER ou da taxação de produtos nocivos à saúde.

163 A NOB nº 01/96 deve assegurar o financiamento das ações de saúde em função não somente do valor per capita, mas pelo cumprimento de metas de cobertura e qualidade do serviço, valorizando, dessa forma, a saúde e não a doença.

164 O Ministério da Saúde deve destinar os recursos do Projeto Nordeste - Informação, Educação e Comunicação (IEC) - para os municípios, e a aprovação da aplicação dos mesmos deve ser realizada nos Conselhos de Saúde.

165 Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem garantir, em seus orçamentos, recursos para:

165.1 criar um Índice de Valorização de Recursos Humanos (IVRH), destinando um percentual de 2% do total de recursos dos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde para financiar uma política de investimento na formação, capacitação, educação continuada e reciclagem dos recursos humanos, para o conjunto dos trabalhadores em suas diferentes categorias profissionais e ocupacionais, com recursos oriundos do Programa Nacional de Qualificação Profissional do FAT e do Ministério da Educação, que retém 25% do Orçamento para esta finalidade. Os gestores do SUS devem estabelecer parcerias institucionais para sua operacionalização;

165.2 desenvolver nos municípios políticas de suplementação alimentar para gestantes e crianças desnutridas e ações que incentivem a alimentação adequada;

165.3 implantar, implementar e manter o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM);

165.4 ampliar os recursos financeiros para tratamento fora do domicílio (do município), com critérios aprovados pelos Conselhos de Saúde.

166 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem colocar em prática a Portaria nº 116/96, do Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, em relação ao repasse, para os estados, de verbas para o Programa de Órteses e Próteses. O Ministério da Saúde deve aumentar, de 2,5 para 5%, os percentuais de recursos para órteses e próteses ambulatoriais e garantir recursos para o cumprimento das portarias que determinam a concessão de órteses, próteses e medicamentos especiais.

167 O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde, à medida que ocorra desativação dos hospitais psiquiátricos, devem redirecionar os recursos para a implementação de rede extra-hospitalar de atendimento em Saúde Mental.

168 Os gestores do SUS devem apresentar, aos Conselhos de Saúde, uma proposta revisando os critérios de internação com base na variação da população (9%), levando em conta regiões mais ricas e mais pobres, número de pessoas cobertas por Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, renda familiar e outras peculiaridades regionais.

169 O Ministério da Saúde deve estabelecer um repasse mínimo de R\$ 2,00 *per capita* para todos os municípios, destinado ao financiamento das ações de saúde.

170 O Ministério da Saúde deve garantir cobertura financeira específica para procedimentos de alta complexidade, além dos tetos já definidos para os estados e os municípios.

171 As Secretarias Estaduais de Saúde, junto com os Conselhos de Saúde, devem estabelecer mais claramente a forma e abrangência de sua participação no financiamento e gestão dos consórcios intermunicipais, respeitada a autonomia dos municípios.

172 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem recalcular o custo geral dos hospitais públicos, repassando por orçamento os valores das despesas a serem realizadas pelos mesmos. As despesas deverão ser pagas com recursos provenientes de receitas fiscais e de recursos federais, estaduais e municipais oriundos das contribuições sociais. As demais fontes, provenientes de convênios e doações, não poderão condicionar qualquer diferenciação de atendimento.

173 Os gestores do SUS, nas três esferas de governo, devem realizar esforço para modificar o modelo de saúde baseado na atenção hospitalar e na medicalização da saúde, em detrimento da atenção integral à saúde. As principais consequências do modelo atual são os elevados custos dos serviços, o desrespeito ao princípio de hierarquização e a concentração de serviços e recursos humanos em certas áreas.

174 Os gestores do SUS devem criar ou implementar Câmaras de Compensação Interestaduais e Intermunicipais do SIA, SIH e SIOP, em nível regional e estadual. O ressarcimento deve ser feito mediante documentos comprobatórios, como AIHs, guias de SADT e outros.

4.4. FUNDO ÚNICO DE SAÚDE

175 Os Governos e Legislativos Federal, Estaduais e Municipais devem definir uma política e uma legislação orçamentária que garantam a alocação do total dos recursos da Saúde e seus rendimentos num Fundo de Saúde único em cada esfera de governo. Todos esses valores devem ser depositados diretamente nas contas bancárias do Fundo, tanto as transferências de outros níveis de governo como os créditos na forma de duodécimos de recursos fiscais da sua esfera de governo, permitindo que esses recursos sejam utilizados para financiar o conjunto das ações de saúde.

176 Os Governos e Legislativos Federal, Estaduais e Municipais devem assegurar que a destinação dos recursos tenha a aprovação e o controle dos respectivos Conselhos de Saúde, garantindo a autonomia dos gestores do SUS, a racionalização e a melhor utilização, sem subordinação aos órgãos fazendários (Ministério ou Secretarias da Fazenda), à medida em que estão submetidos ao controle social e do Tribunal de Contas.

177 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem propor legislação para que os recursos obtidos através das ações de Vigilância Sanitária sejam alocados nos Fundos de Saúde e não nos órgãos fazendários (Ministério ou Secretarias da Fazenda).

178 As Assembléias Legislativas ou Câmaras Municipais devem aprovar, lei criando ou modificando (quando necessário) o Fundo de Saúde, para que possa existir repasse regular e automático Fundo a Fundo e controle social sobre a utilização dos recursos.

179 Os gestores do SUS devem divulgar informações acessíveis que permitam a fiscalização, o acompanhamento e o controle por parte dos Conselhos de Saúde.

4.5. PLANEJAMENTO, ORÇAMENTAÇÃO E PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA DOS RECURSOS DA SAÚDE

180 Os gestores do SUS devem realizar investimentos de forma a dotar todas as unidades e serviços de saúde de estrutura física, recursos suficientes e com tecnologia apropriada, de acordo com sua complexidade, visando a atenção integral à saúde para atender às necessidades e problemas da população, evitando dispersão de recursos e paralelismo de ações e garantindo um sistema de referência e contra-referência, com prioridade para o setor público. Integrar estes serviços através de um sistema padronizado de informações para que se possa medir o impacto alcançado sobre a saúde dos usuários.

181 Todos os gestores do SUS, tendo como poder deliberativo o respectivo Conselho de Saúde, devem estabelecer o planejamento e orçamento ascendente, compatibilizando as necessidades da Política de Saúde com a disponibilidade de recursos e prevendo recursos suficientes nas respectivas propostas orçamentárias. Desta forma, se democratiza a gestão financeira pela adoção do planejamento participativo na definição de prioridades e se inicia a construção do orçamento participativo que deve envolver, além do Conselho de Saúde, os trabalhadores em Saúde e os movimentos sociais.

182 Todos os gestores do SUS devem utilizar os recursos financeiros apenas segundo os Planos de Saúde aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde, exceto em caso de emergência, quando deverá ser prestada conta, aos Conselhos de Saúde, através de reunião extraordinária.

183 O Ministério da Saúde e todas as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e respectivos governos, devem responder à Pesquisa sobre Orçamentos Públicos em Saúde (POPS), quando solicitados pela Procuradoria Geral da República ou pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme Resolução nº 177/95, do Conselho Nacional de Saúde, para viabilizar informações padronizadas e fidedignas sobre o gasto público municipal, estadual e federal com a Saúde.

184 Os Governos e Legislativos Federal, Estaduais e Municipais devem definir regras claras de elaboração, execução e balanço orçamentário que permita aos cidadãos, Conselhos de Saúde e outros acompanharem todo o processo.

185 Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem discriminar na elaboração, execução e balanço orçamentário da área da Saúde os gastos com pessoal nas rubricas pessoal e serviços de terceiros, conforme o vínculo dos servidores (CLT, Estatutários e Terceirizados).

186 Os Governos e Legislativos Federal, Estaduais e Municipais devem definir qual será a contrapartida orçamentária dos municípios para a Saúde, e deles exigir o cumprimento deste item.

187 A União e os estados devem corrigir as verbas repassadas com atraso aos municípios.

188 Os Governos e Câmaras Municipais devem transformar as Secretarias Municipais de Saúde em unidades orçamentárias nos locais onde ainda não o são.

189 O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o Ministério Público devem garantir a transparência nas transferências de recursos entre as três esferas de governo, desde o emissor até o receptor, bem como sua utilização.

190 Os gestores do SUS devem apresentar aos Conselhos de Saúde, para discussão e deliberação, critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, destacando recursos específicos para executar as ações de capacitação, supervisão, controle e avaliação.

4.6. GESTÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE

191 Os Conselhos de Saúde têm poder deliberativo sobre a aplicação dos recursos destinados à área da Saúde. Devem, portanto, aprovar a proposta orçamentária anual, bem como aprovar e acompanhar a execução orçamentária. Para subsidiar essas ações deve ser criada, nos

Conselhos de Saúde, uma Comissão Permanente de Acompanhamento do Processo Orçamentário.

192 Os gestores e os Conselhos de Saúde devem, através do planejamento das ações, combater o desperdício de recursos financeiros em todos os serviços e unidades de saúde, garantindo a transparência e o controle social.

193 O Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem implantar, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da distribuição deste Relatório, sistemas de apuração de custos das ações de saúde. Estes sistemas devem incluir as ações de Vigilância e Assistência, estimar e quantificar os recursos financeiros necessários para atender aos problemas e necessidades de saúde da população e servir de instrumental técnico para os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde na fiscalização da destinação e aplicação desses recursos, bem como transformar as Tabelas de Procedimentos do SUS (SIA, SIH e SIOP) em tabelas de custos.

194 O Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem propor os critérios necessários para a realização de tratamento de saúde no exterior, bem como para fornecimento de medicamentos especiais, a serem aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

195 Os gestores do SUS devem fazer o melhor uso possível dos recursos financeiros destinados à Saúde, transformando a estrutura de gastos e priorizando a atenção integral à saúde, de acordo com o perfil epidemiológico, as necessidades e os problemas de saúde da população, mediante a aprovação dos Conselhos de Saúde.

196 Os Conselhos de Saúde devem fiscalizar rigorosamente os recursos financeiros do SUS e ter controle sobre todo o processo das licitações públicas na área da Saúde, garantindo que em seus editais constem cláusulas de punições severas para as empresas que deixarem de cumprir contratos firmados.

197 O Ministério e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem criar mecanismos legais para que os Conselhos Municipais de Saúde exerçam controle sobre os credenciamentos e pagamentos feitos via Tabela de Procedimentos do SUS (SIH, SIA e SIOP), principalmente enquanto não se mudar a ótica do financiamento - que destina recursos através do pagamento de produção.

4.7. CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS EM SAÚDE

198 Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem apresentar aos respectivos Conselhos de Saúde:

198.1 mensalmente, o fluxo de caixa diário de receitas fiscais e contribuições sociais por tipo de receita e despesa, a execução orçamentária, o ordenamento de despesa dos gestores (Ministério, Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde) e os balancetes mensais;

198.2 trimestralmente, o Plano de Aplicação e Prestação de Contas e o balanço financeiro dos recursos da Saúde, em audiência pública na respectiva Casa Legislativa, conforme prevê o artigo 12 da Lei Federal nº 8.689/93.

199 Todos os gestores do SUS devem apresentar, mensalmente - afixando em local visível nos serviços e unidades de saúde públicas, conveniadas ou contratadas pelo SUS -, o quanto receberam de verba, bem como discriminar os gastos e formas de aplicação dos recursos da Saúde.

200 Os gestores do SUS devem implementar um processo de avaliação contínua dos resultados do atendimento ao cidadão que possa servir de parâmetro para constante reorientação do planejamento das ações e da disponibilização dos recursos financeiros e humanos do Sistema. Devem também realizar um controle mais efetivo e constante da gestão e da aplicação dos recur

sos, assim como dos resultados alcançados, através de um Sistema de Auditoria externa à instância avaliada com a participação do respectivo Conselho de Saúde.

201 O Ministério Público deve fiscalizar a União, os estados e municípios no que se refere à Saúde, fortalecendo os Conselhos de Saúde, a instituição e viabilização do funcionamento dos Fundos de Saúde, para que exista a devida transparência tanto no repasse como na utilização dos recursos financeiros.

202 Os Governos, Federal, Estaduais e Municipais devem investir em recursos humanos, materiais e financeiros nos órgãos de fiscalização, para aumentar a arrecadação de tributos e contribuições e garantir a punição aos sonegadores.

203 O Ministério da Saúde deve cumprir a determinação constante do § 4º, do artigo 4º da Lei nº 8.689/93, sobre a publicação no Diário Oficial da União do montante de recursos repassados e dos Estados e Municípios beneficiados. Estas informações servem para que os Conselhos de Saúde e qualquer cidadão interessado possa fiscalizar os recursos do SUS.

204 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem implantar, no prazo máximo de um ano, a contar da divulgação deste Relatório, o controle e fiscalização dos pagamentos realizados pelo SUS - bem como daqueles feitos pelos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, e pelas Empresas de Medicina de Grupo - para os prestadores de serviços de saúde privados, visando evitar a duplicação de pagamentos.

205 As Secretarias Estaduais de Saúde, junto com os Conselhos de Saúde, devem fiscalizar e avaliar a quantidade e a qualidade da prestação de serviços de saúde pelos municípios e por terceiros conveniados ou contratados, especialmente quanto à aplicação dos recursos financeiros transferidos da União e do estado.

206 Os gestores do SUS e Conselhos de Saúde devem exigir que as unidades e os serviços de saúde conveniados ou contratados pelo SUS - hospitalares, ambulatoriais e de apoio ao diagnóstico - forneçam, aos usuários, cópia do extrato ou fatura das despesas, especificando os procedimentos e materiais consumidos e correspondentes ao atendimento realizado.

207 Todos os gestores do SUS devem fornecer, trimestralmente, aos Conselhos de Saúde e às entidades representativas da sociedade civil, o Orçamento da Saúde e sua execução, bem como os gastos realizados pelo respectivo governo com saneamento básico. Para tanto, caberá ao Ministério e às Secretarias da Fazenda repassar, mensalmente, para alimentação do Sistema Nacional de Informações em Saúde, as despesas com Saúde e com Saneamento registradas no Sistema de Informação e Acompanhamento Financeiro do Orçamento da União (SIAFI) e nos Sistemas Estaduais e Municipais de Controle do Orçamento, por município, estado e no país como um todo.

208 Todos os gestores do SUS ficam obrigados a divulgar junto às instituições e à sociedade, de forma clara e objetiva, através, inclusive, de veículos de comunicação de massa, as informações sobre diretrizes orçamentárias, orçamento e execução orçamentária (receitas e despesas) da Saúde e dos Fundos de Saúde, visando garantir a fiscalização e a transparência na utilização dos recursos públicos.

209 Os Tribunais de Contas devem aumentar o rigor na fiscalização do SUS, para evitar desvios de recursos e fraudes, bem como encaminhar cópia das suas inspeções aos Conselhos de Saúde, para conhecimento e tomada de providências.

210 Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem reiterar a proibição de empresas inadimplentes participarem de obras e concorrências públicas.

211 O Congresso Nacional deve elaborar legislação que permita a quebra do sigilo bancário quando houver suspeita de fraude em relação ao recolhimento da CPMF.

212 O Ministério da Saúde deve incluir entre as competências das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, e dos Conselhos de Saúde, a suspensão da transferência de recursos para quem não aplicar pelo menos 10% das receitas próprias de seu orçamento para os Fundos de Saúde, excluídas as transferências de outras esferas de governo.

213 O Ministério da Saúde deve impedir, através de legislação federal, que estados e municípios recebam repasses de recursos do SUS quando não preencherem os requisitos de Fundos, Conselhos e Conferências de Saúde instalados e em atividade regular, conforme prevê a legislação, e os Planos de Aplicação e Prestação de Contas das Secretarias de Saúde, aprovadas pelo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas. Devem ser estabelecidos mecanismos de acompanhamento desses requisitos e critérios para a penalização dos gestores que não os implementarem, sendo um deles o não-repasse de recursos federais e estaduais.

4.8. RECURSOS FINANCEIROS PARA O SETOR PÚBLICO E PARA O PRIVADO (CONTRATADO OU CONVENIADO) DO SUS

214 Os Governos Federal, Estaduais e Municipais e os gestores do SUS devem garantir prioritariamente a cobertura financeira integral dos serviços produzidos pela Rede Estatal de Saúde, realizando a complementação com serviços privados apenas quando necessários.

215 Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem priorizar a destinação dos escassos recursos para investimento na rede pública, valorizando o Sistema Público Estatal e aparelhando-o para ser auto-suficiente.

216 Todos os governos, gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem impedir que o setor privado interfira ou controle o financiamento do SUS.

217 Os gestores do SUS devem garantir o pagamento em dia pelos serviços prestados. Deverão ser privilegiados o setor público e os serviços filantrópicos selecionados por suas características de real filantropia. Os recursos devem ser descentralizados e os pagamentos feitos pelos órgãos responsáveis pelo controle e avaliação no nível local.

218 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem reafirmar o princípio contra a privatização da Saúde. Para tanto, é necessário que os Governos Federal, Estaduais e Municipais mantenham a sua responsabilidade de financiar o SUS e que seja combatido o repasse de verbas e unidades de saúde públicas para a assistência médica privada, inclusive de categorias dos servidores públicos civis, militares e funcionários de estatais.

219 Os gestores do SUS, juntamente com os Conselhos de Saúde, devem discutir a relação com os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde que sobrecarregam financeiramente o SUS, pois este assume as ações de média e alta complexidade para os seus segurados.

4.9. TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS

220 O Ministério da Saúde deve submeter ao Conselho Nacional de Saúde as alterações das tabelas de procedimentos do SUS e dos tetos financeiros, de acordo com o artigo 26 da Lei Federal nº 8.080/90.

221 O Ministério da Saúde deve recompor os valores dos procedimentos constantes das tabelas de procedimentos do SUS (SIA, SIH e SIOP), readequando-as para garantir aumentos diferenciados, levando em conta as prioridades estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e os valores de procedimentos com maior defasagem, iniciando pelo que dispõe a Resolução nº 175/95, do Conselho Nacional de Saúde.

222 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, a partir de deliberação do Conselho de Saúde respectivo, devem revisar os tetos financeiros de estados e municípios quando da recomposição dos valores das tabelas do SUS.

223 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem acordar que as tabelas de procedimentos do SUS (SIA, SIH e SIOP) são apenas um referencial nacional, permitindo que os gestores do SUS, em cada nível de governo, determinem preços e inclusão de procedimentos de acordo com as realidades locais, desde que sejam aprovados e fiscalizados pelo respectivo Conselho de Saúde.

224 O Ministério da Saúde deve revisar a tabela de pagamento do SUS, com ampliação da planilha ideal e atualização sistemática (semestral) equivalente à inflação de custos do setor saúde no período, assegurando a regularidade e pontualidade dos repasses aos estados, municípios e prestadores, para que os usuários sejam atendidos com dignidade e se garanta a sobrevivência dos hospitais próprios, conveniados e contratados.

225 O Ministério da Saúde deve revisar a tabela do SUS, estabelecendo o incentivo de 5% para os municípios com menos de 15 mil habitantes.

226 O Ministério da Saúde deve atualizar constantemente, em função dos avanços científicos e novos recursos terapêuticos e tecnológicos, o tempo de permanência hospitalar do usuário do SUS, para fins de pagamentos conforme a Tabela de Procedimentos do SIH/SUS, de acordo com a Portaria nº 128/95, da Secretaria de Assistência à Saúde/MS.

10^a

CONFERÊNCIA
NACIONAL
DE SAÚDE

5. RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE

5.1. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE

227 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem implantar uma Política de Recursos Humanos para a Saúde, através de ampla discussão com os setores sociais interessados. Essa política deve ser permanentemente rediscutida e deliberada com os Conselhos de Saúde, tanto no que se refere ao caráter como no modo de implementação, e deve contemplar, principalmente:

- 227.1 a composição de equipes multiprofissionais de saúde, com trabalho coletivo e adequadas a cada tipo de unidade ou serviço de saúde, considerando as necessidades epidemiológicas e sociais da população a ser atendida, recursos e tecnologias adequadas e capacitação permanente para responder às especificidades regionais e locais da clientela e programas de saúde;
- 227.2 a criação de Sistema de Informação sobre Doenças e Acidentes Ocasionados pelo Trabalho em Saúde;
- 227.3 a formação de Comissões de Saúde do Trabalhador ou CIPAS nas unidades de saúde, públicas ou privadas, garantindo estabilidade e a liberação de escala para os profissionais envolvidos em trabalhos prolongados (mapas de risco, enquetes coletivas, etc.);
- 227.4 a valorização dos trabalhadores em Saúde através de piso salarial digno, incentivo salarial à dedicação exclusiva, estabelecimento de vínculo entre a maior e menor remuneração, implantação de jornada de 30 horas com regime de plantão não superior a 12 horas e manutenção da aposentadoria por tempo de serviço com salário integral;
- 227.5 a avaliação de desempenho das equipes pelo cumprimento de metas, com estímulos pecuniários (14º salário e outros) não incorporáveis ao salário. Essa avaliação deve ser realizada de forma democrática, criteriosa, com participação de trabalhadores, sob controle dos Conselhos de Saúde e subordinada aos princípios e diretrizes do SUS, considerando o impacto sobre os indicadores de saúde, a qualidade das ações, a satisfação dos usuários e a otimização da capacidade instalada dos serviços;
- 227.6 a educação continuada;
- 227.7 a data-base, para todos os servidores do SUS, no dia primeiro de maio;
- 227.8 a garantia de isonomia salarial para os trabalhadores em Saúde federais, estaduais e municipais, assegurando o mesmo tratamento também no que se refere a vale-transporte, ticket-alimentação, auxílio-creche e outras conquistas trabalhistas;
- 227.9 a manutenção dos direitos conquistados pelos servidores estaduais e federais lotados nas unidades de saúde municipalizadas;
- 227.10 a garantia de progressão permanente nas carreiras da Saúde, motivada tanto por tempo de serviço ou antigüidade como por qualificação;
- 227.11 o ingresso exclusivamente por concurso público, realizado com o acompanhamento dos Conselhos de Saúde, e vagas definidas pelas necessidades dos serviços e de acordo com o perfil epidemiológico local;

227.12 o pleno direito de sindicalização e de greve aos trabalhadores em Saúde, cabendo aos mesmos instituir mecanismos que atendam às necessidades dos usuários durante a greve.

228 Os gestores do SUS devem implementar a Mesa Nacional Permanente de Negociação, que reúna União, estados e municípios, para viabilizar uma regulamentação/legislação comum para o trabalhador em Saúde, com competência para dispor sobre salários, jornada, carreira, participação na gestão, data-base e sistemática de reajustes, contrato coletivo de trabalho e outras questões relativas ao trabalho em Saúde. No caso de impasse nas negociações, os Conselhos de Saúde, em cada esfera, devem interceder no processo. O setor privado conveniado deverá integrar-se a esse mecanismo, como pré-requisito para estabelecer convênio ou contrato com o SUS.

229 As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem criar ou implementar Mesas Permanentes de Negociação, conforme proposto nas Resoluções nº 111/94 e nº 141/94, do Conselho Nacional de Saúde.

230 O Ministério da Saúde deve elaborar, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da divulgação deste Relatório, com ampla negociação com os interessados e suas entidades representativas e com a discussão e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos com princípios que regulem a ação e a relação das esferas de governo com relação aos trabalhadores no âmbito do SUS, e que inclua uma "agenda de prioridades" para a implantação desta política.

231 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem organizar Bancos de Dados sobre a força de trabalho em Saúde, que permitam o diagnóstico e a avaliação permanente das necessidades e da capacidade instalada do setor público de saúde. Esses Bancos de Dados devem ser atualizados sistematicamente e integrados num Sistema de Informações de Recursos Humanos em Saúde, a ser utilizado para planejar as ações de gerenciamento, administração, formação e desenvolvimento de trabalhadores em Saúde.

232 Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e as Comissões Intergestores Bipartites devem criar ou implementar Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos para subsidiá-los nas questões relativas aos trabalhadores em Saúde.

233 O financiamento das folhas de pagamento do setor público de saúde deve ser mantido pelas três esferas de governo. Para isso, devem ser implementadas, pelos gestores do SUS nas três esferas de governo, Câmaras de Compensação Salarial que também permitam corrigir as distorções entre as remunerações atualmente percebidas pelos trabalhadores.

234 Os Conselhos de Saúde devem gestionar, junto aos legislativos, a criação de leis que transformem o atraso no pagamento de salários dos servidores públicos em crime inafiançável, impedindo os responsáveis de concorrerem a cargos públicos eletivos ou de indicação.

235 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem cumprir as resoluções emanadas da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde.

236 O Ministério da Saúde deve convocar, até julho de 1997, a III Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, nela pautando a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS e a regulamentação do inciso III, do artigo 200, da Constituição Federal.

237 Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem articular-se com o Ministério Público para fazer cumprir o § 4º, do artigo 26, da Lei Federal nº 8.080/90, que proíbe que proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados assumam cargos de gestão no SUS.

238 Os participantes da 10ª CNS posicionam-se contra a contratação, pelo serviço público, de profissionais através de cooperativas, além de repudiar os trabalhadores em Saúde que estão se licenciando do setor público para vender seus serviços através das mesmas.

5.2. ADMINISTRAÇÃO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE

5.2.1. Carreira, Cargos e Salários na Saúde

239 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem criar uma Comissão Especial para, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da divulgação deste Relatório, elaborar proposta de criação e operacionalização de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para todas as esferas de governo, abrangendo todos os trabalhadores em Saúde, nos termos da Lei Federal n.º 8.142/92, assegurando os critérios aprovados na Resolução nº 12, de 3/10/91, do Conselho Nacional de Saúde, e considerando:

- 239.1 admissão por concurso público;
- 239.2 restrição dos contratos de emergências a casos especiais, que devem ser regulamentados através de legislação específica;
- 239.3 estabilidade no emprego;
- 239.4 jornada de trabalho de 30 horas semanais;
- 239.5 estímulo ao emprego único e à dedicação exclusiva;
- 239.6 acesso a programas de formação, capacitação, educação continuada e reciclagem;
- 239.7 critérios definidos para a ascensão aos cargos de chefia e direção, garantindo aos servidores efetivos, com qualificação, experiência e formação acadêmica adequadas, o acesso preferencial a tais cargos;
- 239.8 garantia de isonomia salarial aos servidores nas três esferas de governo;
- 239.9 manutenção dos direitos adquiridos;
- 239.10 incentivo ao trabalho noturno;
- 239.11 incentivo à interiorização.

240 As propostas de Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS (PCCS) devem ser discutidas na Mesa Nacional Permanente de Negociação.

241 Os PCCS devem ser periodicamente adequados às necessidades do SUS, através de negociação entre trabalhadores e Governo, firmando-se seus resultados em Contratos Coletivos de Trabalho.

242 Os municípios devem apresentar o PCCS como um dos requisitos para a municipalização.

243 Os gestores do SUS devem implementar medidas que garantam a todos os trabalhadores em Saúde o tratamento igualitário nos incentivos pecuniários de eficácia do atendimento, visto que desempenham funções iguais independente de pertencerem à esfera Municipal, Estadual ou Federal.

244 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem proibir a remuneração por produção, garantindo salários dignos aos trabalhadores em Saúde e a criação de adicionais por condições especiais de trabalho (local, distância, turno, insalubridade, periculosidade) e alcance de metas.

245 Os gestores do SUS devem estender aos aposentados todos os ganhos do pessoal em atividade, bem como conceder aposentadoria integral dos servidores do SUS aos 25 anos de serviço e agilizar a tramitação dos processos de aposentadoria dos servidores públicos.

246 Os gestores do SUS devem moralizar e valorizar o processo de provimento de cargos no SUS, através de:

246.1 seleção que leve em conta compromisso com os princípios do SUS, competência técnica, vínculo aos quadros institucionais, local de residência;

246.2 proibição de que sejam proprietários e/ou dirigentes de serviços privados de saúde;

246.3 preferência a servidores concursados e aprovados para o provimento temporário;

246.4 eleição de dirigentes das unidades de saúde, referendadas pelos Conselhos de Saúde a partir da definição de critérios técnicos, como forma preferencial de escolha,

247 Os gestores federal e estaduais devem incentivar a realização de concursos públicos para a seleção de trabalhadores em Saúde através de consórcios intermunicipais.

248 Os gestores do SUS devem nomear imediatamente, para fazer frente às necessidades dos serviços e para preencher as vagas atualmente supridas pelas cooperativas, os trabalhadores concursados e aprovados, inclusive pessoas portadoras de deficiências, excluídas por falta de critérios e/ou discriminadas;

249 Os gestores do SUS devem, quando da realização de concurso público, determinar com exatidão as vagas que serão preenchidas de imediato e as de reserva; o resultado com a classificação deverá ser publicado no prazo máximo de 30 dias após realização da última prova; a homologação deverá ser feita no prazo máximo de 30 dias contados a partir da publicação do resultado do concurso público; as convocações dos aprovados para preenchimento imediato devem ser feitas no ato da homologação do concurso; a nomeação deve ser feita no prazo de 30 dias contados a partir da homologação dos aprovados e as vagas de reserva devem ser preenchidas no prazo de dois anos.

250 Os gestores do SUS devem agilizar a criação das carreiras de Auditor em Saúde, bem como de Ouvidor Público Hospitalar.

5.2.2. Organização do Trabalho em Saúde

251 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem definir equipes multiprofissionais adequadas para cada nível de prestação de serviços e cada unidade de saúde, considerando as necessidades epidemiológicas e sociais, recursos e tecnologias adequadas, trabalho interdisciplinar, capacitação das equipes para responder às especificidades dos diferentes grupos, ações de saúde e de educação continuada dos trabalhadores em Saúde.

252 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde devem incentivar, inclusive financeiramente, os municípios a reforçarem a rede de atendimento, destinando maior número de trabalhadores em Saúde, de forma a compor equipes interdisciplinares com médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, farmacêuticos, odontólogos, técnicos de higiene bucal e outros, de acordo com as necessidades e problemas locais, indicadores epidemiológicos, localização geográfica da unidade ou serviço de saúde e definições de composição adequada de equipes, previamente discutidas e aprovadas pelos Conselhos de Saúde.

253 Os gestores do SUS devem implementar estratégias de interiorização dos trabalhadores em Saúde, incluindo mecanismos para garantir sua permanência, reciclagem e qualificação permanente.

254 As Secretarias Municipais de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde devem estabelecer critérios para a redistribuição de servidores federais e estaduais municipalizados, respeitando as necessidades dos serviços e os problemas e necessidades da população. Devem, ainda, agilizar a implementação dessa redistribuição e estimular o trabalho em parceria dos trabalhadores federais, estaduais e municipais, respeitando sua experiência e conhecimento.

255 Os gestores do SUS devem garantir, através de ações educativas e de capacitação permanente, a sensibilização das equipes de saúde para o trabalho coletivo, hoje centralizado na figura e no poder do médico. Os objetivos desse processo são a reversão das características do atendimento atualmente prestado, onde predominam a hospitalização, a medicalização, a baixa resolubilidade e a mínima capacidade de atendimento, bem como a limitação de ações preventivas e de atendimento grupal.

256 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com fiscalização pelos respectivos Conselhos de Saúde, devem corrigir imediatamente os desvios de função dos trabalhadores em Saúde, promovendo o redimensionamento dos seus quadros e a redistribuição dos mesmos, ressalvados os casos previstos em lei.

257 A área de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, deve acompanhar os levantamentos sobre as causas das doenças ocasionadas pelo trabalho em Saúde, participar no gerenciamento do Sistema de Informações sobre Doenças e Acidentes Ocasionalmente pelo Trabalho em Saúde e no planejamento de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

258 Os gestores do SUS devem proporcionar ações específicas de acompanhamento e orientação para trabalhadores em Saúde que atuam com doentes terminais.

5.2.3. Relações no Trabalho em Saúde

259 Os gestores do SUS devem implementar estratégias permanentes para desenvolver o compromisso ético e solidário dos trabalhadores em Saúde, visando humanizar e melhorar a qualidade no atendimento ao usuário do SUS.

260 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem exigir o cumprimento da carga horária contratual de todos os trabalhadores em Saúde, implementando mecanismos de fiscalização do cumprimento dos horários, especialmente nos plantões. Devem ainda divulgar informações que facilitem o controle social, fixando em local visível e de fácil acesso a escala de trabalhadores, seus cargos, funções e horários de trabalho. A distribuição de carga horária dos trabalhadores em Saúde deve prever a presença de profissionais durante todo o horário de funcionamento das unidades e serviços de saúde, garantindo o acolhimento, o atendimento qualificado e resolutivo e o encaminhamento dos usuários do SUS a outros serviços, quando necessário.

261 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem estabelecer a obrigatoriedade da identificação nominal e funcional dos trabalhadores em Saúde nos serviços próprios, contratados e conveniados com o SUS.

262 Os gestores do SUS devem estimular os trabalhadores em Saúde, inclusive com mecanismos de incremento salarial, a atuarem na área de abrangência dos serviços de saúde. Eles devem envolver-se com os problemas relativos ao ambiente físico, geográfico, cultural e social de sua área de ação, realizando visitas, reuniões nas escolas, associações de moradores, sindicatos e outros, implementando ações de Vigilância à Saúde e atendimentos e internações domiciliares.

263 Os usuários, gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem denunciar aos Conselhos de Categorias Profissionais os trabalhadores que não tenham conduta profissional adequada com a legislação do SUS.

264 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem exigir que os profissionais de Saúde tenham uma escrita legível e a que prescrevam, obrigatoriamente, usando os nomes genéricos dos medicamentos. Devem ainda exigir que seja respeitado o tempo mínimo de 15 minutos para cada consulta.

265 Os gestores do SUS devem providenciar sindicâncias e inquéritos administrativos, acompanhados pelo Conselho de Saúde e pelo Sindicato da categoria, para punir com a demis-

são ou descredenciamento, quando for o caso:

- 265.1 os médicos que comprovadamente deixarem de efetuar atendimentos, urgentes ou não, no SUS, transferindo os usuários para o atendimento privado;
- 265.2 qualquer trabalhador do serviço público, contratado ou conveniado pelo SUS, que se negar a atender os usuários gratuitamente, transferindo-os ou cobrando pelo atendimento, bem como pelo descaso no atendimento.

5.2.4. Qualificação dos Trabalhadores em Saúde

266 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem promover programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das equipes e dos trabalhadores em Saúde, a fim de viabilizar um atendimento de boa qualidade técnica, humanizado e ágil, com os trabalhadores prestando continuamente informações adequadas e qualificadas, atuando com profissionalismo e compromisso com a melhoria da qualidade das ações oferecidas à população usuária. Para isso, os gestores do SUS devem executar o planejamento dessas ações de forma participativa e hierarquizada, buscando articular-se com outros segmentos sociais. Esses programas devem ter inclusão obrigatória nos Planos de Saúde, com metas quantitativas e qualitativas. Além de outras ações, esses programas devem contemplar:

- 266.1 a formação introdutória abordando a legislação e a implantação do SUS para todos os trabalhadores ingressantes;
- 266.2 a qualificação específica dos trabalhadores que atuam em áreas onde a violência se constitui problema significativo de saúde, para o diagnóstico e a atenção integral à saúde às vítimas de violência;
- 266.3 a capacitação continuada dos médicos para o preenchimento das declarações de óbitos, para que explicitem corretamente as causas, particularmente das mortes maternas;
- 266.4 a capacitação gerencial para organizar e garantir o pleno funcionamento dos Distritos Sanitários e unidades e serviços de saúde;
- 266.5 a capacitação de pessoal para trabalhar com sistemas informatizados em toda a rede de unidades e serviços de saúde;
- 266.6 a capacitação de trabalhadores em Saúde, para que não se repitam situações como de Caruaru-PE (mortes por complicações nos procedimentos de hemodiálise) e da "Clínica" Geriátrica Santa Genoveva-RJ (mortes por falta de cuidados aos internos);
- 266.7 a capacitação de trabalhadores em Saúde, para que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde assumam efetivamente o controle de qualidade da água para consumo humano dentro dos parâmetros estabelecidos pela Lei Federal nº 6.050/74 e pelo Decreto Federal nº 76.872/75;
- 266.8 a preparação de todos os trabalhadores para acolhimento, atendimento e tratamento de doentes com sorologia positiva para HIV e doentes terminais;
- 266.9 a formação dos trabalhadores em Saúde para atuação em zonas rurais e indígenas.

267 Os gestores do SUS devem criar mecanismos de estímulo à participação de todos os trabalhadores em Saúde em congressos, seminários, encontros, atividades científicas e cursos de pós-graduação. Esses mecanismos também devem prever o compromisso do trabalhador em prestar serviços nos quais foi capacitado e repassar os conhecimentos às equipes ou

restituir à instituição à qual esteve vinculado o valor gasto durante sua ausência, caso deixe de trabalhar na mesma.

268 As Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais das Capitais devem implantar e manter, técnica e financeiramente, Centros Formadores de Trabalhadores em Saúde, autônomos, com atuação integrada com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e com as Secretarias de Educação e universidades.

269 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem promover parcerias entre os seus setores responsáveis pelas Políticas de Recursos Humanos, bem como ampliar as parcerias com o Projeto Larga Escala e outros desenvolvidos pelas universidades.

270 O Ministério da Saúde deve lançar e desenvolver um Programa Nacional de Qualificação e Formação Profissional, inclusive com recursos do Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS) e do FAT, priorizando os trabalhadores sem qualificação específica inseridos nas redes pública e privada de saúde. Os cursos de Especialização para os profissionais de Saúde com nível superior devem ser incluídos no Programa Nacional de Qualificação Profissional do Trabalhador, mantido com recursos do FAT.

271 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem estimular e fomentar a capacitação em Gerência de Serviços para os secretários e dirigentes de Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), universidades e Núcleos de Saúde Coletiva.

272 Os gestores do SUS, em cada esfera de governo, devem promover cursos de aperfeiçoamento e seminários sobre gerenciamento democrático, que incluam o tema dos vários regimes de trabalho no SUS, para lideranças populares e dirigentes e trabalhadores em Saúde, objetivando melhorar as relações de trabalho nos serviços de saúde e com os usuários dos serviços.

273 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde devem manter assessoria permanente aos municípios para a realização de programas continuados de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação de trabalhadores em Saúde.

274 Os gestores do SUS devem possibilitar a qualificação dos atendentes de Enfermagem que atuam na rede de serviços públicos e privados, conferindo-lhes a devida certificação.

5.3. FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

275 O Ministério da Saúde deve assumir a responsabilidade legal de ordenar a formação de recursos humanos para a Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, nos níveis médio, superior e de pós-graduação.

276 O Ministério da Saúde deve apresentar, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da divulgação deste Relatório, após ampla discussão com as entidades representativas da área, um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem de Recursos Humanos em Saúde, para deliberação do Conselho Nacional de Saúde, que seja articulado nacionalmente, inclusive com previsão de repasses financeiros específicos para essas atividades, baseado nos seguintes princípios:

- 276.1 criação de comissões permanentes para integração entre os Conselhos de Saúde, os serviços de saúde e as instituições de ensino fundamental e superior, para deliberar sobre a capacitação, formação, educação continuada e reciclagem dos recursos humanos em Saúde, a partir da ótica do SUS;

- 276.2 fortalecimento dos vínculos com universidades, promovendo articulações intersetoriais para que a formação dos profissionais seja modificada, capacitando-os para atuar na atenção integral à saúde individual e coletiva;
- 276.3 revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos de nível superior, com a participação dos gestores do SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do Sistema Único de Saúde;
- 276.4 estímulo à utilização das unidades e serviços do SUS como espaço prioritário para a formação de trabalhadores em Saúde (sistema de saúde-escola), com a supervisão das unidades de ensino e de serviço, garantindo um intercâmbio qualificado entre essas instituições e a formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS;
- 276.5 fomento à integração das instituições de ensino superior, particularmente as universidades públicas (federais e estaduais), para a execução de programas de formação e desenvolvimento de trabalhadores em Saúde de todos os níveis de escolaridade;
- 276.6 estímulo à criação de escolas de Saúde Pública em todos os estados da União;
- 276.7 criação de novos cursos de nível médio e superior para a área da Saúde, de acordo com as necessidades do SUS, identificadas a partir de critérios epidemiológicos e da manifestação dos Conselhos de Saúde;
- 276.8 organização de programas de ajuda financeira, condicionada à prestação de serviços em unidades e serviços de saúde públicos por tempo equivalente aos recursos investidos, para estudantes dos cursos de interesse para o SUS;
- 276.9 reestruturação dos Programas de Residência Médica e Estágios, com vistas a sua adequação às necessidades do SUS;
- 276.10 fomento à Educação Continuada, através do aumento de vagas para a residência médica e a criação de programas de residência e estágios de enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e todas as profissões de nível superior ligadas à Saúde;
- 276.11 qualificação dos cursos profissionalizantes de nível médio para a área da Saúde, com fiscalização rigorosa e fechamento dos que não têm condições de funcionamento.

277 O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde devem gestionar junto ao Ministério da Educação e ao Conselho Nacional de Educação a introdução de conteúdos referentes à Saúde Pública e ao SUS nos cursos de Administração, Engenharia, Serviço Social, Economia, Ciências Sociais, Direito e outros que têm interfaces com a Saúde, com vistas à preparação desses profissionais para atuação junto ao SUS.

278 Os Ministérios da Saúde e da Educação devem estimular a implementação de programas de especialização em Saúde Pública e gerenciamento de serviços de saúde desenvolvidos pelas universidades em parcerias com os Governos Estaduais e/ou Municipais.

279 O Conselho Nacional de Saúde deve reativar a Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos e somente autorizar a criação de novos cursos e novas escolas de ensino superior em Saúde a partir da análise de indicadores sócio-econômicos, das necessidades de profissionais nos serviços de saúde na área geográfica e da disponibilidade de infra-estrutura técnico-científica da instituição de ensino proponente, entre outros indicadores.

280 Os gestores do SUS e os órgãos de fomento à pesquisa devem apoiar, valorizar e participar de projetos de avaliação das instituições formadoras de recursos humanos em Saúde, como os da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) e da Rede União, Universidade, Unidade e Integração Docente Assistencial (UNIIDA), que buscam integração escola-comunidade e a formação humanística dos futuros profissionais.

281 O Ministério da Saúde deve providenciar a inclusão dos cursos de Biologia, Medicina Veterinária e Serviço Social no caput do artigo 7º, do Decreto Federal nº 1.303/94, que determina que a criação de novos cursos na área da Saúde deve ser submetida à avaliação da necessidade social do curso pelo Conselho Nacional de Saúde. Essa matéria já está contemplada na Resolução nº 38/93, do Conselho Nacional de Saúde.

282 O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde devem gestionar junto ao Ministério da Educação, aos conselhos de profissionais da área da Saúde e às universidades e outras instituições de ensino superior, públicas e privadas, processos de revisão curricular, com o objetivo de humanizar a relação entre a equipe de saúde e os usuários do SUS, garantindo:

- 282.1 a interiorização, inclusive para as zonas rurais, dos estágios, internatos e residências dos profissionais da Saúde, garantindo aumento da cobertura, qualidade das ações de saúde e integração entre as ações de ensino e de prestação de serviços;
- 282.2 a inclusão de conteúdos de Saúde Pública e SUS, de Saúde Comunitária, de noções de geriatria e gerontologia, da disciplina de Bioética e de conteúdos de ciências sociais e humanas nos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação na área da Saúde;
- 282.3 a capacitação dos profissionais formados para o atendimento integral às pessoas portadoras de deficiências e patologias crônicas, através da criação de núcleos multidisciplinares de assistência, ensino e pesquisa, dentro das universidades públicas e privadas;
- 282.4 a inclusão de disciplinas de assistência integral à saúde da mulher, substituindo a visão subjacente nas disciplinas de Ginecologia e Obstetrícia, tradicionalmente existentes, que atribui à mulher a função meramente reprodutora;
- 282.5 a capacitação dos alunos para reconhecer as doenças ocasionadas pelo trabalho e para executar ações de vigilância e assistência individual e coletiva;
- 282.6 a inclusão da linguagem de sinais como disciplina curricular, visando a preparação de profissionais para o atendimento integral aos deficientes auditivos.

5.4. OUTRAS QUESTÕES ACERCA DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

283 O Ministério da Saúde deve iniciar um processo de discussão visando à regulamentação do Serviço Civil Obrigatório para profissionais da Saúde recém-formados em universidades públicas (federais e estaduais) e privadas, pelo período mínimo de 01 (um) ano, em unidades e serviços do SUS, respeitando os direitos trabalhistas e previdenciários dos mesmos, bem como garantindo-lhes condições dignas de trabalho e de permanência nos municípios. Proposta nesse sentido deve ser apresentada pelo Ministério da Saúde ao Conselho Nacional de Saúde, após ampla divulgação e discussão, num prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da divulgação deste Relatório.

284 Os gestores do SUS, em cada esfera de governo, devem propor ao Poder Legislativo mecanismos legais que garantam estabilidade dos trabalhadores na rede privada e filantrópica, para que se forme um quadro qualificado de trabalhadores em Saúde. Também devem ser criados planos de qualificação profissional para os trabalhadores vinculados à rede privada de serviços contratados pelo SUS, mantidos pelas suas instituições empregadoras.

6. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde reafirmaram o disposto na Constituição de 1988 e na legislação do SUS como condições imprescindíveis para qualquer reformulação ou implementação da organização das ações de saúde nas unidades e serviços do SUS. Consideraram que toda a população brasileira tem, pela Constituição, direito garantido à atenção integral à sua saúde. Para tanto, reiteraram que as ações desenvolvidas e a organização das unidades e dos serviços de saúde do SUS, públicos, conveniados e contratados, devem observar:

- a) as diretrizes, previstas no artigo 198 da Constituição Federal, de descentralização, de atenção integral à saúde - com prioridade para as ações preventivas e sem prejuízo para as ações assistenciais - e de participação e controle social;
- b) os princípios estabelecidos no artigo 7º da Lei Federal nº 8.080/90: universalidade de acesso a todos os níveis de assistência, integralidade da atenção, preservação da autonomia dos usuários, equanimidade da assistência, direito à informação sobre as ações realizadas e sobre a capacidade e acesso aos serviços de saúde, utilização de dados epidemiológicos para a organização das ações, integração e hierarquização e resoluibilidade da atenção em todos os níveis.

As deliberações sobre o tema da atenção integral à saúde estão agrupadas nos itens que se seguem.

6.1. PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

285 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem romper com o modelo de assistência individual, fragmentada, curativa e hospitalocêntrica e implantar a atenção integral à saúde através da articulação de todas as ações e do cumprimento do preceitos constitucionais e da legislação do SUS. Devem ser assegurados o repasse do poder e dos recursos até o nível local, a regionalização, a hierarquização e a equidade, garantindo às populações urbanas e rurais o acesso a todos os níveis de atenção e a qualquer ação de que necessitem. Deve haver a adequação do financiamento, de forma a permitir aos serviços públicos de saúde a oferta de ações ambulatoriais, hospitalares, de alto custo e de alta complexidade, no âmbito individual e coletivo, e garantir aos usuários o acesso aos procedimentos, insumos e tecnologias, além das ações de Vigilância e Educação em Saúde, Nutrição e outras ações intersetoriais de ampliação da qualidade de vida das pessoas. Para isso, os gestores do SUS devem considerar, entre outras questões, que:

285.1 a atenção integral à saúde deve ser implementada em todas as unidades e serviços de saúde como forma de fazer avançar o SUS, com todas as equipes de saúde respondendo:

285.1.1 pela acolhida, enquanto capacidade de desenvolver ações para o usuário como um todo – superando as tradicionais ações fragmentárias voltadas exclusivamente para órgãos e sistemas do seu corpo –, acesso à atenção para toda a demanda expressa ou reprimida – desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa – e responsabilidade por todos os problemas de saúde de uma região;

285.1.2 pelo acesso, assim entendida a capacidade de desenvolver ações qualificadas para atender resolutivamente os principais problemas de saúde dos usuários, encaminhando-os para serviços de maior complexidade tecnológica somente quando isto for absolutamente necessário, considerando o entrelaçamento da saúde com os aspectos

sócio-econômicos e culturais e fazendo um movimento de desospitalização dos usuários e de algumas atribuições e poderes do hospital;

285.1.3 pelo vínculo, entendido como a humanização da relação com o usuário e a responsabilidade da unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas de saúde de sua região, através de ações qualificadas, eficazes e que permitam, pelo usuário, o controle no momento de sua execução, definindo as responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento, nas situações de rotina ou imprevistas;

285.2 a definição do modo como a atenção integral à saúde será implementada em cada local deve:

285.2.1 ser discutida e apropriada pelos gestores do SUS, pelos Conselhos de Saúde, pelos trabalhadores em Saúde e pelos usuários do SUS. Portanto, requer o conhecimento sócio-econômico e cultural de cada realidade, como elemento facilitador da identificação de estratégias e meios locais na busca da resolução dos problemas de saúde e do atendimento às necessidades populacionais de cada área geográfica;

285.2.2 ser uma decisão do Conselho de Saúde respectivo, com a definição das prioridades e metas locais e com o efetivo controle social por parte de usuários e trabalhadores em Saúde.

285.3 a definição das ações de atenção integral à saúde deve considerar a interdependência na conquista e melhoria da qualidade de vida produzida pelo emprego, salário, alimentação, saneamento, educação, meio ambiente, transporte, acesso e uso da terra, distribuição de renda, lazer, etc. Assim, demanda articulações intersetoriais e ações que integrem os enfoques individual e coletivo.

286 As Secretarias Municipais de Saúde, com a colaboração técnica e financeira do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, devem garantir a atenção integral à saúde mesmo nos pequenos municípios, nos municípios recém-emancipados, nos bairros, nos povoados e na zona rural. Para isso, devem:

286.1 implementar a atenção integral à saúde em todas as unidades e serviços, com a constante adequação das ações à realidade sócio-econômico-cultural e demográfica de cada local, aos problemas e às necessidades dos usuários do SUS e aos avanços tecnológicos;

286.2 investir na formação e qualificação de equipes multidisciplinares e multiprofissionais para todas as unidades e serviços de saúde, com capacitação, formação e reciclagem permanentes para os trabalhadores em Saúde, visando a ampliação da participação integrada de todos na atenção prestada (promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação) tanto individual como coletivamente;

286.3 investir na infra-estrutura da rede pública, com qualificação da estrutura física, técnica, financeira, disponibilidade de medicamentos e insumos, acesso a procedimentos de apoio diagnóstico, terapêuticos e de reabilitação e outros recursos que permitam condições adequadas de funcionamento;

286.4 priorizar as ações de promoção da qualidade de vida das pessoas e de prevenção de riscos e agravos à saúde da população, articuladas com a atenção individual e coletiva;

- 286.5 descentralizar a execução das ações de Vigilância à Saúde (Sanitária, Epidemiológica, de Saúde do Trabalhador, Ambiental, de insumos e serviços e alimentar), com a implantação de estruturas de Vigilância à Saúde nos municípios, com trabalhadores, recursos financeiros, materiais e administrativos;
- 286.6 implantar ações de Vigilância à Saúde (Sanitária e Epidemiológica), articuladas com as de assistência, em todas as unidades e serviços de saúde;
- 286.7 planejar de forma ascendente e a partir de cada unidade e serviço de saúde, com base nas necessidades da população e na realidade local;
- 286.8 avaliar o impacto epidemiológico das ações de saúde, com a participação dos Conselhos de Saúde, para sua adequação permanente;
- 286.9 investir em campanhas educativas de ampla abrangência para serem realizadas em conjunto com as entidades do movimento popular, sindical e outras, visando a prevenção de doenças e a promoção da saúde;
- 286.10 ampliar os horários de atendimento das unidades e serviços de saúde, visando todos os segmentos de usuários;
- 286.11 assegurar que a remoção hospitalar ou domiciliar de doentes seja feita por trabalhadores capacitados e veículos adequados, criando serviços para esse fim, fiscalizando os serviços privados que desempenham esses serviços e evitando que os usuários que deles necessitem recorram à Polícia ou outros meios não adequados;
- 286.12 incorporar no SUS, em todo o país, práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares.

287 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde devem incentivar técnica e financeiramente, como estímulo à implementação da atenção integral à saúde, os municípios onde:

- 287.1 as unidades e serviços de saúde sejam responsáveis pelas ações de atenção integral à saúde de um território, através de equipes de saúde que realizam estas ações no espaço físico da unidade e fora dele, inclusive com assistência (atendimento e internação) domiciliar, como formas de facilitar e qualificar o acesso da população;
- 287.2 as equipes das unidades e serviços de saúde sejam definidas a partir dos problemas, necessidades e demandas da população de cada local, de forma a desenvolverem o conjunto de ações necessárias à atenção integral à saúde;
- 287.3 as equipes das unidades e serviços de saúde sejam implementadas de acordo com as regras que regulam a administração pública e com os princípios do SUS, com pessoal admitido por concurso público, garantidas a autonomia administrativa e gerencial, para, com controle social e no interesse público, implementarem a atenção integral à saúde;
- 287.4 as equipes de saúde, em conjunto com os usuários e a partir do diagnóstico dos problemas e necessidades da população local, elaborarem planos de ação, com metas a serem cumpridas, realizando avaliações periódicas do cumprimento das mesmas para sua adequação à realidade local.

288 Os gestores do SUS devem estabelecer, em conjunto com universidades e instituições públicas de ensino e pesquisa, uma Política de Ciência e Tecnologia para a área da Saúde

que ordene o desenvolvimento, a aquisição e a incorporação de tecnologia nas unidades e serviços de saúde. A partir dela, os gestores devem desenvolver programas permanentes de avaliação e fiscalização das tecnologias e insumos utilizados, de forma a proteger os usuários, aumentar a resolubilidade das unidades e serviços de saúde, racionalizar os custos e orientar os investimentos no setor.

289 Os gestores do SUS devem criar unidades móveis para atenção à saúde em áreas de migração, acampamentos e outras nas quais as mesmas se façam necessárias, após deliberação do Conselho de Saúde respectivo.

290 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem repudiar a adoção de qualquer sistema de seleção de procedimentos em saúde, como a "cesta básica" proposta pelo Banco Mundial, pela qual o SUS garantiria apenas algumas ações e procedimentos considerados prioritários a partir de uma relação custo-benefício.

291 Os gestores do SUS devem garantir a organização e a implantação de serviços públicos integrados de urgência e emergência, com atendimento ágil nos casos que necessitem transporte imediato e com reserva de leitos hospitalares através de Central de Leitos. Além da agilidade e integralidade no atendimento, acidentes no trânsito e no trabalho devem contar com sistemas de registro para fins de fiscalização.

292 Os gestores do SUS, em parceria com instituições públicas de ensino e pesquisa, devem criar um Centro de Doenças Étnicas, com a finalidade de promover o estudo, a prevenção, a pesquisa e a capacitação de trabalhadores em Saúde para a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento qualificado das patologias associadas à diversidade étnica, bem como assegurar a destinação de recursos financeiros que possibilitem o desenvolvimento das mencionadas ações. Também devem introduzir o quesito COR nas variáveis dos dados do Sistema de Informação de Saúde, para que possam ser conhecidas e acompanhadas, com ações específicas, as doenças com incidência diferenciada sobre os diferentes grupos étnicos da população usuária do SUS.

293 Os gestores do SUS devem encaminhar ao Poder Legislativo, no prazo máximo de 6 (seis) meses a partir da divulgação deste Relatório, após ampla discussão e deliberação do Conselho de Saúde respectivo, uma proposta de Código de Saúde na qual devem ser estabelecidas as formas de fiscalização do seu cumprimento.

294 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem desenvolver, articuladamente, um Sistema Nacional de Vigilância à Saúde, enfatizando a atuação dos estados e municípios e incluindo práticas educativas e de acompanhamento da qualidade de vida: água, controle de alimentos, saneamento, reciclagem de materiais, cuidados com agrotóxicos, proteção de mananciais, etc. As ações de Vigilância à Saúde deverão ser desenvolvidas através da cooperação técnica, financeira e de pessoal entre as esferas Federal, Estaduais e Municipais. O Sistema deverá implementar, entre outras ações:

294.1 o cumprimento da legislação sanitária no que diz respeito ao controle de alimentos, ambiental, de equipamentos e tecnologias utilizadas nos serviços de saúde e de outros fatores de risco à saúde;

294.2 a criação de Centros ou Núcleos de Epidemiologia nos estados e Capitais e o incentivo à criação de Núcleos nos demais municípios, desenvolvendo, entre outras, as seguintes ações:

294.2.1 reestruturar a Vigilância Epidemiológica para ir além da notificação e controle de casos, preocupando-se com riscos e causas de doenças e morte;

294.2.2 incorporar, nos níveis regionais e locais, estudos de doenças carenciais e ocupacionais;

294.2.3 apoiar, com estudos epidemiológicos, o planejamento das ações de saúde, visando a mudanças na lógica do modelo assistencial.

294.3 a notificação compulsória para os casos de desnutrição protéico-calórica, para que sejam acionados os serviços locais responsáveis pelas ações de Vigilância Epidemiológica e de Saúde da Criança e do Adolescente e desencadeadas ações educativas e assistenciais aos desnutridos e suas famílias, em parceria com os serviços de Assistência Social e a Pastoral da Criança, com o acompanhamento nutricional e da saúde, suplementação alimentar e referência a programas de trabalho e geração de renda das famílias;

294.4 a articulação das ações e serviços de Controle de Zoonoses e Vetores às unidades e serviços de saúde;

294.5 o estímulo à participação popular organizada no planejamento e nas ações de Vigilância à Saúde, a partir dos diagnósticos epidemiológicos e das necessidades sentidas pelos usuários.

295 O Ministério da Saúde deve articular ações setoriais e intersetoriais voltadas para o enfrentamento da violência no país e seu impacto sobre a saúde. Nos municípios e regiões onde essa característica apresenta grande prevalência, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deverão adequar os serviços às necessidades de atenção às vítimas de violência, bem como articular campanhas e ações intersetoriais voltadas para a prevenção e superação de suas causas e efeitos.

296 O Ministério da Saúde deve elaborar portaria determinando que nos rótulos de todas as bebidas que contenham álcool sejam incluídos os dizeres: "É PREJUDICIAL À SAÚDE", e que sejam implementadas ações educativas para a redução do consumo de álcool no país.

6.2. POLÍTICAS E PROGRAMAÇÃO DE SAÚDE

297 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem garantir a inserção das políticas e dos programas específicos (Saúde da Mulher, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde do Escolar, Saúde do Trabalhador) nas unidades e serviços de saúde como ações diferenciadas na atenção integral à saúde. As políticas e programas devem reforçar técnica e operacionalmente a atenção prestada, através da qualificação das ações para grupos populacionais com problemas e características específicas. Não podem representar a seleção de clientela ou de procedimentos pelas unidades e serviços de saúde, que devem atender resolutivamente a toda a população da sua área geográfica, referenciando os usuários do SUS com demandas para outros níveis de complexidade. Para isso:

297.1 as políticas e os programas específicos devem obrigatoriamente estar inseridos na atenção integral à saúde da população da área de abrangência da unidade e serviço de saúde;

297.2 as políticas e os programas devem ser discutidos e definidos nos respectivos Conselhos de Saúde e incluídos nos Planos de Saúde;

297.3 deve ser reforçado o atendimento aos grupos vulneráveis (lactentes, gestantes, nutrízes e idosos) no SUS, com especial atenção aos problemas de nutrição.

297.4 os programas e políticas de saúde devem contemplar as particularidades e especificidades culturais, de costumes, étnicas, epidemiológicas, políticas e sociais de cada local, rompendo-se com a tradição de programas e políticas verticais;

297.5 a elaboração e a implantação das políticas e programas devem ser acompanhadas pela formação e pelo desenvolvimento dos trabalhadores das unidades e serviços de saúde.

6.2.1. Saúde do Trabalhador

298 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem desenvolver uma Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, através de ações nas unidades e serviços de saúde e com uma rede de referência técnica. A assistência e a Vigilância à Saúde do Trabalhador nos municípios e regiões dos estados deve ser organizada a partir de indicadores populacionais, perfil sócio-econômico, padrões de morbimortalidade, atividades econômicas predominantes e distribuição dos trabalhadores. Essa atuação deve ser intersetorial e desenvolvida:

- 298.1 por Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador, implementadas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, conforme o artigo 12 da Lei Federal nº 8.080/90, para deliberar os encaminhamentos e as demandas específicas, bem como para definir a Política de Saúde do Trabalhador e as ações intersetoriais;
- 298.2 por Centros de Referência em Saúde do Trabalhador regionalizados, que atendam as demandas especializadas de doenças e acidentes provocados pelo trabalho, oferecendo atenção integral e multidisciplinar e desenvolvendo ações de assessoramento técnico, referência e contra-referência com as unidades e demais serviços de saúde, inclusive hospitalares;
- 298.3 através de ações estratégicas em todas as unidades e serviços de saúde que garantam a Saúde do Trabalhador e o controle de doenças e acidentes provocados pelo trabalho;
- 298.4 através de ações de Informação e Educação em Saúde do Trabalhador, discutidas e implementadas intersetorialmente;
- 298.5 através de ações de fiscalização dos ambientes de trabalho, realizadas pelas unidades e serviços do SUS e articuladas pelos três níveis de governo.

299 As Secretarias Estaduais de Saúde devem implementar a descentralização das ações de Saúde do Trabalhador, através de Unidades Regionais de Referência e do apoio técnico e financeiro aos municípios para que implantem as ações de Saúde do Trabalhador em todas as unidades e serviços de saúde.

300 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem submeter as normas e resoluções acerca de problemas de Saúde do Trabalhador a um amplo debate com os Conselhos de Saúde e com os representantes dos trabalhadores (sindicatos, federações, confederações e centrais sindicais).

301 Os gestores do SUS devem implementar as resoluções da I e da II Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e o Ministério da Saúde deve oficializar a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST-SUS), que define as competências e a operacionalização das ações em Saúde do Trabalhador nos diferentes níveis do SUS. Devem também realizar a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

302 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem criar e implementar, no prazo máximo de um ano a partir da divulgação deste Relatório, um Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador, integrado ao Sistema Nacional de Informações em Saúde, com acesso facilitado para todas as unidades e serviços de saúde, para as entidades sindicais e para os trabalhadores.

303 Os gestores do SUS devem regulamentar e garantir o fornecimento de órteses e próteses para acidentados do trabalho, assim como sua reabilitação profissional no SUS, e definir claramente a localização destes atendimentos.

304 O Ministério da Saúde deve encaminhar ao Congresso Nacional um projeto de lei que disponha sobre as Comunicações de Acidentes do Trabalho (CAT). Esse projeto deve ser elaborado após a realização de um amplo debate nacional e de um Seminário Temático, convocado para o prazo de 60 (sessenta) dias a partir da divulgação deste Relatório, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. O projeto de lei deve dispor sobre:

304.1 a universalização do preenchimento da CAT para qualquer acidente de trabalho, mesmo que o trabalhador não possua vínculo de trabalho na forma prescrita na Consolidação das Leis do Trabalho;

304.2 a obrigatoriedade de que o Ministério da Previdência informatize todos os dados contidos nas CAT e propicie o acesso aos mesmos não apenas aos órgãos governamentais mas também às entidades de representação dos trabalhadores e da sociedade, garantindo sua incorporação ao Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador, de modo a permitir avanços na determinação das causas e definição de estratégias adequadas no atendimento à Saúde do Trabalhador;

304.3 a exigência da emissão de CAT também para os casos de acidentes no trabalho no setor público, além da garantia de acesso a tratamento e indenização adequados a esses trabalhadores.

305 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem, enquanto não existir legislação específica de âmbito nacional, definir através de portarias a obrigatoriedade da notificação de todos os acidentes e as doenças do trabalho nos serviços de saúde, independente do vínculo do trabalhador.

306 O Ministério da Saúde deve regulamentar, na forma de portaria, o credenciamento dos serviços do SUS para efetivar os exames obrigatórios para admissão, demissão e avaliação periódica dos trabalhadores, mediante ressarcimento, por parte das empresas, dos valores respectivos aos Fundos de Saúde, permitindo o credenciamento de médicos e clínicas privadas apenas nos municípios onde o SUS não possa responder por esses serviços.

307 O Ministério da Saúde deve regulamentar o funcionamento e o controle das ações dos serviços especializados de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, considerando que os mesmos são serviços de saúde e que as ações de Saúde do Trabalhador são de competência do SUS.

308 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem incorporar os resultados dos exames admissionais, periódicos e demissionais dos trabalhadores no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador, para possibilitar a fiscalização por parte das Secretarias de Saúde, dos Conselhos de Saúde e das entidades sindicais.

309 Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem incorporar como política pública o Seguro Acidentes do Trabalho (SAT), ampliando-o também para os trabalhadores públicos e garantindo o repasse financeiro de parte desse seguro para as ações de Saúde do Trabalhador, conforme determinam as Portarias Interministeriais MPAS/MS nº 11/95 e nº 14/96, que definem o Programa Integrado de Assistência ao Acidentado no Trabalho (PIAT).

310 Os Ministérios da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde devem propor ao Ministério da Previdência e Assistência Social a execução de ações regressivas, com a responsabilização pecuniária patronal para o custeio dos ônus decorrentes dos acidentes no trabalho e das doenças ocupacionais, inclusive as Lesões por Esforços Repetitivos (LER).

311 Os gestores do SUS devem desenvolver pesquisas e ações de prevenção das Lesões por Esforços Repetitivos (LER), garantindo o atendimento integral (prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação) ao lesionado.

312 O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde devem gestionar, junto ao Ministério da Previdência e Assistência Social, o reconhecimento como doença do trabalho da leucopenia adquirida pelos trabalhadores no contato com o benzeno em ambiente de trabalho, sem qualquer tipo de discriminação dos portadores.

313 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem incluir, na Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, ações que considerem a forma diferenciada com que o trabalho interfere na saúde de homens e mulheres, assim como das especificidades raciais na relação saúde e trabalho.

314 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem incluir entre as ações de Vigilância em Saúde no Trabalho a fiscalização:

314.1 da utilização de agrotóxicos, que contaminam as lavouras e o ecossistema e comprometem a saúde dos consumidores e intoxicam os próprios trabalhadores na agricultura;

314.2 da carga de trabalho dos motoristas, que dirigem com excesso de horas e sob efeito de estimulantes, o que contribui para o crescimento do número de acidentes de trânsito;

314.3 dos ambientes e locais de trabalho;

314.4 da utilização da "cola-de-sapateiro" e similares por crianças e adolescentes, que cria o vício;

314.5 da exposição dos trabalhadores em contato com fontes radioativas, como equipamentos radiológicos.

315 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem fiscalizar os ambientes de trabalho acompanhados pelos sindicatos.

316 O Ministério da Saúde, através de sua área técnica de Saúde do Trabalhador, e a Comissão Intersectorial do Conselho Nacional de Saúde, devem desencadear ações para que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde incluam em seus Códigos de Saúde as ações de Assistência e Vigilância à Saúde do Trabalhador.

6.2.2. Saúde da Mulher

317 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem implantar efetiva e imediatamente o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), conforme deliberações da 9ª Conferência Nacional de Saúde, e valorizar as ações voltadas para a Saúde da Mulher, com discussão e acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Entre outras ações, a Atenção Integral à Saúde da Mulher deve contemplar:

317.1 ações para a Saúde da Mulher na Terceira Idade, garantindo o acesso a informações e incluindo atividades de terapia ocupacional, de prevenção à osteoporose e outras manifestações que interferem no bem-estar físico, psicológico e social desse segmento de usuárias;

317.2 acesso facilitado ao planejamento familiar, a ações educativas e informativas em reprodução humana e aos métodos anticoncepcionais nos serviços de saúde para mulheres e homens, com prioridade a atenção à adolescência, como estratégia para a prevenção da gravidez precoce;

317.3 pré-natal acessível em todos os municípios;

317.4 atendimento a todas as mães e aos recém-nascidos, com a criação de bancos de leite humano nos hospitais do SUS, e implantação de UTIs neonatais;

317.5 desenvolvimento de sistemas de Vigilância Epidemiológica e acompanhamento às causas de mortalidade materna e outras causas de morbimortalidade, com o desencadeamento de ações específicas de prevenção;

317.6 atendimento às mulheres portadoras do vírus HIV, sobretudo as gestantes;

317.7 atendimento aos casos de aborto permitidos em lei.

318 O Ministério da Saúde deve realizar a II Conferência Nacional de Saúde da Mulher, com etapas municipais, estaduais e nacional, objetivando subsidiar a participação no 8º Encontro Internacional Mulher e Saúde, que será realizado no Brasil, em março de 1997.

319 O Ministério da Saúde deve criar imediatamente um Programa Nacional de Parteiras Tradicionais, garantindo sua capacitação e justa remuneração, a ser implementado pelos gestores do SUS em todo o país, a partir de deliberação dos respectivos Conselhos de Saúde.

320 A maioria dos participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde se posiciona contra a legalização do aborto, por ser uma violência contra a vida.

6.2.3. Saúde da Criança e do Adolescente

321 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem implantar e implementar a Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente em todas as unidades e serviços de saúde, tendo como um dos objetivos a redução da morbimortalidade nesta faixa etária. Os gestores do SUS devem executar, entre outros:

321.1 Programas de Saúde Coletiva em todos os municípios, voltados para os espaços onde convivem crianças e adolescentes (moradias, creches, escolas, locais de lazer e trabalho);

321.2 vigilância e atenção sistemáticas aos recém-nascidos de risco, até completarem um ano de idade ou enquanto perdurarem os riscos à sua saúde;

321.3 programas de saúde específicos para a faixa etária escolar devem ser garantidos mesmo àqueles que se encontrarem fora do sistema escolar;

321.4 ações específicas que atendam às necessidades das crianças ou adolescentes com deficiência (física, auditiva, visual ou mental) ou com paralisia cerebral;

321.5 o Teste do Pezinho em todos os municípios, conforme prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como as ações de assistência no caso dos distúrbios metabólicos e da diabetes na infância e adolescência;

321.6 programas de proteção à criança ou adolescente vítima de maus-tratos, abuso sexual e demais formas de violência, bem como ações de prevenção e tratamento da dependência química, inclusive com o apoio à construção ou adequação de centros públicos de convivência para assistência a essas crianças ou adolescentes;

321.7 ações de promoção da saúde voltadas às crianças e aos adolescentes que vivem na rua, bem como aos seus familiares.

322 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem zelar pelo fiel cumprimento da Lei Federal nº 8.069/90, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, quanto ao direito à vida e à saúde, contribuindo para a ampla informação e esclarecimento dos pais e dos trabalhadores em Saúde quanto aos mesmos, bem como à obrigatoriedade de comunicar qualquer afronta a esses direitos aos Conselhos Tutelares ou às Varas da Infância e da Juventude nas localidades onde os primeiros ainda não estejam implantados.

323 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem assegurar, no que se refere às crianças e aos adolescentes hospitalizados, o alojamento conjunto e o acompanhamento dos pais, conforme lhes é garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

324 Os gestores do SUS devem apoiar as atividades de atenção à saúde de crianças, desenvolvidas pela Pastoral da Criança e pelos Agentes Comunitários de Saúde.

6.2.4. Saúde na Terceira Idade

325 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem implementar, com o acompanhamento dos respectivos Conselhos de Saúde, ações de atenção integral à saúde na Terceira Idade, articuladas com as demais ações intersetoriais de assistência a esse grupo populacional, que contemplem, entre outras questões:

325.1 ações intersetoriais de promoção à saúde na Terceira Idade, preparando estrutura e recursos humanos compatíveis à atenção desse importante contingente populacional;

325.2 ações ambulatoriais e hospitalares de promoção, prevenção, cura e reabilitação aos problemas prevalentes na Terceira Idade, como doenças reumatológicas, osteoporose, hipertensão, doenças cerebrovasculares, distúrbios nutricionais, catarata, úlceras de estase, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, obesidade, quadros demenciais, câncer de cólon e de próstata e outros problemas crônico-degenerativos, interações farmacológicas no idoso, entre outros;

325.3 garantia do acompanhamento da família, no caso de internação;

325.4 ações permanentes de Vigilância à Saúde nos asilos existentes, para averiguar as reais condições de funcionamento;

325.5 atendimento domiciliar e internação domiciliar realizados por equipes multidisciplinares, com fornecimento de medicações de uso continuado, como anti-hipertensivos, anticoagulantes e anti-diabéticos, entre outros, e referência aos serviços de apoio diagnóstico e de atenção de maior complexidade;

325.6 atividades de educação física, terapia ocupacional e reabilitação, quando necessárias;

325.7 atividades coletivas de promoção da vida e da saúde;

325.8 programas de imunização para pneumonia e infecções virais;

325.9 ações de Saúde Bucal voltadas à Terceira Idade;

325.10 atenção à Saúde Mental na Terceira Idade;

325.11 programas de prevenção de acidentes na Terceira Idade, como quedas, traumas, etc.

6.2.5. Saúde dos Povos Indígenas

326 Os gestores do SUS devem definir e implantar, com o acompanhamento e deliberação dos Conselhos de Saúde, uma Política de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas que atenda todas as comunidades indígenas do Brasil, que considere e respeite suas especificidades culturais e variedade de costumes e que inclua trabalhadores com essa formação específica.

327 O Ministério da Saúde deve regulamentar e implantar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, de acordo com o modelo apresentado na 2ª Conferência Nacional de Saúde para

os Povos Indígenas, como organizações intersetoriais, interinstitucionais e interestaduais com ampla participação dos povos indígenas.

328 Os Conselhos Estaduais de Saúde e os Conselhos Municipais onde existirem áreas indígenas devem criar Comissões Especiais para o acompanhamento das ações de saúde dos povos indígenas.

6.2.6. Saúde Mental

329 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem implantar uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, com caráter humanitário e ético, que seja resolutiva e respeite as especificidades locais, com as seguintes características:

329.1 as ações de atenção integral à Saúde Mental devem priorizar o atendimento interdisciplinar ao portador de sofrimento mental, com participação familiar e comunitária nos serviços de saúde, substituindo o modelo manicomial e hospitalocêntrico por atendimento em unidades de saúde, em centros e núcleos de atenção psicossocial, pensões protegidas, em centros de convivência e cooperativas, em lares abrigados, em hospitais-dia e por internações de curta permanência em hospitais gerais, proibindo-se a construção ou ampliação de hospitais psiquiátricos e a internação compulsória;

329.2 existência de ações específicas, junto às unidades e serviços de saúde, para alcoolistas e usuários de drogas, efetivas na sua prevenção, recuperação e com a utilização de leitos em hospitais gerais, quando necessária.

330 Os gestores do SUS devem promover, até o ano 2000, a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por Serviços de Atenção Integral à Saúde Mental. Para isso, todas as esferas de governo deverão estabelecer planos de metas para garantir a assistência humana, ética, resolutiva e fundamentada no exercício pleno da cidadania e na reativação da subjetividade dos portadores de transtornos mentais. Este plano de metas deverá contemplar os recursos financeiros e humanos necessários, em função das características epidemiológicas, culturais e sociais locais, e ser submetido à apreciação e aprovação pelos Conselhos de Saúde.

331 Os gestores do SUS devem suspender o credenciamento dos hospitais psiquiátricos a partir da criação de Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e leitos em hospitais gerais, preparando adequadamente os trabalhadores em Saúde para esse tipo de atendimento.

332 Os Conselhos de Saúde devem constituir e implementar Comissões de Reforma Psiquiátrica para cobrar das autoridades projetos de Saúde Mental que incorporem as novas propostas de atenção e permitam o acompanhamento de sua implementação.

333 Os gestores e os Conselhos de Saúde devem defender a imediata aprovação do projeto de lei do deputado federal Paulo Delgado, com as emendas do senador Lúcio Alcântara, que garante a cidadania e a ressocialização dos portadores de doenças mentais.

334 Os gestores do SUS devem implementar as deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental, com acompanhamento dos Conselhos de Saúde.

335 O Ministério da Saúde deve realizar, no segundo semestre de 1997, a III Conferência Nacional de Saúde Mental.

336 O Ministério da Saúde deve regulamentar e implementar, no prazo máximo de 90 (noventa) dias a partir da divulgação deste Relatório, o Plano de Apoio à Desospitalização aos Portadores de Doença Mental (PAD), aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme Resolução nº 159/95.

6.2.7. Saúde Bucal

337 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem implantar ações de atenção integral à Saúde Bucal, garantindo o acesso da população de todas as faixas etárias às diferentes ações, incluindo a promoção, preservação, manutenção, correção e reabilitação, inclusive as mais complexas e especializadas, respeitando as necessidades locais.

338 Os gestores do SUS devem priorizar as atividades preventivas em Saúde Bucal, bem como exigir dos Governos Estaduais e Municipais a fluoretação das águas de abastecimento público, conforme as deliberações da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Para tanto, as Secretarias Municipais de Saúde deverão implantar sistema de vigilância e avaliação de Saúde Bucal e dos níveis de flúor na água para consumo humano, conforme determina a Resolução nº 142/94, do Conselho Nacional de Saúde. Também devem organizar as ações a partir da concepção da promoção da saúde e do controle das doenças, implementando medidas coletivas, conforme legislação vigente.

339 As Secretarias Municipais de Saúde, com colaboração técnica e financeira do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, devem ampliar e qualificar as ações de Saúde Bucal com equipes multidisciplinares e com capacitação dos profissionais para o atendimento geral, de clientela específica (deficientes e doentes mentais, por exemplo) e orientações à população. As ações devem visar à manutenção, ao tratamento e à reabilitação da Saúde Bucal da população, devendo estar integradas às demais ações de atenção integral à saúde desenvolvidas pela equipe nas unidades e serviços de saúde.

340 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem descentralizar as ações de Saúde Bucal e os equipamentos odontológicos para as unidades e serviços de saúde, para que possam prestar atendimento universal e se integrar às demais ações de saúde da sua área de abrangência.

341 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem criar programas e ações de formação continuada em Saúde Bucal para os trabalhadores em Saúde, enfatizando a atenção integral à saúde, a legislação do SUS, os conteúdos técnicos, a ética, a cidadania, a visão clínica, epidemiológica e de Vigilância à Saúde e o trabalho em equipes multiprofissionais.

342 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem discutir amplamente, ao nível dos Conselhos de Saúde, as necessidades de assessoria técnica no campo da Saúde Bucal, de forma a que seja garantido o respeito aos princípios do SUS e seja evitada a contratação de pacotes preventivistas e mercantilistas.

6.2.8. Saúde das Pessoas Portadoras de Deficiências

343 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem garantir, nas unidades, serviços e centros especializados do SUS, a atenção integral à saúde das pessoas portadoras de deficiências mentais, físicas, auditivas e visuais, facilitando aos mesmos o acesso a ações qualificadas que levem em conta suas especificidades, prestadas por equipes multidisciplinares nas unidades e serviços de saúde, que incluam a reabilitação, medicamentos, equipamentos, procedimentos e insumos de alto custo. A política de atendimento integral à saúde das pessoas portadoras de deficiência pressupõe a articulação com as demais políticas públicas, para a defesa de sua cidadania e a ampliação de sua qualidade de vida.

344 O Conselho Nacional de Saúde, juntamente com as entidades de portadores de deficiências e o Conselho Nacional de Assistência Social, devem elaborar, no prazo de 120 (cento e vinte) dias a partir da divulgação deste Relatório, proposta básica de projeto de lei a ser enviado ao Congresso Nacional e aos Legislativos Estaduais e Municipais, que disponha sobre a obrigatoriedade da construção e adaptação dos edifícios de uso público e de veículos de transporte coletivo para garantir o acesso adequado a pessoas portadoras de deficiência, conforme os artigos 227 e 244 da Constituição Federal.

345 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem, enquanto não existir legislação geral de âmbito nacional, estabelecer normas de construção e adaptação das unidades e serviços de saúde para facilitar o acesso dos portadores de deficiência, inclusive com a remoção de barreiras físicas, segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

346 As Secretarias Municipais de Saúde devem garantir, através do SUS, o atendimento odontológico ambulatorial aos portadores de deficiência mental, com fiscalização para coibir o uso excessivo e indiscriminado de anestesia geral. Nos municípios que não dispuserem deste atendimento, o mesmo deverá ser prestado pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde.

6.2.9. Saúde dos Portadores de Doenças Crônicas

347 As Secretarias Municipais de Saúde, com a cooperação técnica e financeira do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, devem implementar, em todas as unidades e serviços de saúde, a atenção integral à saúde aos portadores de doenças crônicas. Devem estimular e incentivar a implantação de Programas de Internação Domiciliar (PID) e de Atenção Domiciliar (PAD), com a participação de equipes multiprofissionais, garantia de infra-estrutura de apoio domiciliar, recursos diagnósticos e terapêuticos adequados, atendimento às intercorrências clínicas e internação hospitalar, quando necessário, promovendo o uso mais racional dos recursos hospitalares e favorecendo a "desospitalização" de doentes e profissionais. Devem garantir o acesso dos portadores de doenças crônicas a todos os equipamentos, tecnologias e insumos necessários à sua saúde.

348 O Ministério da Saúde deve regulamentar, urgentemente, os procedimentos de hemodiálise e de transplantes, desenvolvendo intensa fiscalização em todos os níveis do Sistema de Saúde, com ampla participação dos Conselhos de Saúde.

349 Os gestores do SUS devem ampliar e qualificar as ações destinadas à atenção, prevenção e tratamento dos portadores de insuficiência renal crônica, com aumento da oferta de serviços, abertura e reativação de leitos públicos, aumento da capacidade de realizar transplantes, capacitação de recursos humanos, criação e manutenção de ambulatórios especializados em regiões com indicadores epidemiológicos de maior prevalência, com sistema de referência e contra-referência. Devem, ainda:

- 349.1 fiscalizar o tratamento adequado da rede pública de abastecimento de água, bem como das soluções de hemodiálise, com o uso de filtros absolutos;
- 349.2 facilitar o acesso aos procedimentos de hemodiálise, inclusive aos usuários de regiões mais distantes;
- 349.3 assegurar que esses serviços não sejam controlados por grupos cartelizados, promovendo a substituição progressiva dos serviços privados contratados por serviços públicos, sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde e dos representantes dos usuários.

350 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem garantir:

- 350.1 aos portadores do vírus HIV e doentes de AIDS o atendimento integral pelo SUS, inclusive a cobertura ininterrupta dos medicamentos necessários, acesso aos exames diagnósticos e recursos terapêuticos necessários (casas de apoio, hospital-dia, leitos em hospitais gerais), bem como apoiar os projetos de organizações não-governamentais de luta contra a AIDS. Devem implementar campanhas permanentes de prevenção à AIDS/HIV para o público em geral e também para populações específicas mais expostas ao risco, bem como realizar uma Conferência Nacional sobre AIDS;

- 350.2 o atendimento integral aos portadores de hemofilia e doenças afins, inclusive tratamento domiciliar e acesso aos serviços e unidades especializados;
- 350.3 o atendimento integral aos portadores de deficiência do hormônio do crescimento;
- 350.4 o atendimento especializado à saúde, bem como defender benefícios previdenciários específicos ao segmento populacional dos albinos, principalmente aqueles trabalhadores da área rural que ficam mais expostos aos raios solares ou impossibilitados de labutar pelo seu sustento;
- 350.5 o atendimento integral aos doentes de diabetes e hipertensão em todos os serviços e unidades de saúde;
- 350.6 o atendimento integral aos portadores de doenças crônicas do fígado, inclusive com ações e serviços especializados;
- 350.7 políticas e programas de transplantes de órgãos mais acessíveis para os portadores de patologias crônicas que possam se beneficiar desse recurso, de acordo com os preceitos constitucionais e a legislação do SUS;
- 350.8 a implementação de uma política voltada para a erradicação da hanseníase até o ano 2000, incluindo o desenvolvimento de recursos humanos para facilitar a aproximação dos trabalhadores em Saúde e usuários, prevenindo uma atuação no campo da reabilitação e reintegração, em articulação com sindicatos, ONGs, CONASEMS, etc.;
- 350.9 uma estratégia específica para atenção à anemia falciforme, que contemple as suas características ligadas à etnia negra.

6.2.10. Política de Medicamentos

351 O Ministério da Saúde deve apresentar ao Conselho Nacional de Saúde, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a partir da divulgação deste Relatório, após ampla discussão com os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, uma proposta de Política Nacional de Assistência Farmacêutica integrada aos princípios do SUS. Essa política deve:

- 351.1 incluir ações educativas e a cobertura das necessidades da população quanto a medicamentos básicos, de uso contínuo ou de alto custo;
- 351.2 garantir a universalização do acesso aos medicamentos e o desenvolvimento de ações de vigilância farmacológica para medicamentos e plantas medicinais;
- 351.3 prever amplo programa de investimentos na requalificação da capacidade instalada, com a ampliação dos laboratórios farmacêuticos públicos e com a descentralização dos recursos da CEME para estados e municípios;
- 351.4 assegurar assistência farmacêutica técnica e cientificamente fundamentada com critérios de equidade, qualidade e efetividade, para suporte das ações de diagnóstico e tratamento, com uso racional de todo e qualquer medicamento necessário, enfocando as necessidades da população e garantindo a resolubilidade das ações;
- 351.5 obrigar, através de fiscalização rigorosa, que os laboratórios farmacêuticos identifiquem, com destaque nas embalagens, os nomes genéricos dos medicamentos e que os médicos os prescrevam pelo nome genérico e de forma legível, conforme determina a legislação, particularmente o Decreto Federal nº 793/93;

- 351.6 formular e implantar projetos de produção de insumos, imunobiológicos e medicamentos em cada esfera de governo, com controle de qualidade e a fiscalização dos Conselhos de Saúde, através de convênios entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e toda a rede de laboratórios públicos;
- 351.7 estabelecer um padrão de prescrição de medicamentos, avaliando as interações e associações indevidas;
- 351.8 descentralizar a distribuição de medicamentos, sob a fiscalização dos Conselhos e com controle de qualidade, considerando criminosa sua distribuição com fins eleitorais;
- 351.9 promover a orientação adequada quanto ao uso dos medicamentos, inclusive com a contratação de farmacêuticos e dispensação orientada de medicamentos, em especial para os pacientes de risco;
- 351.10 incentivar a fitoterapia e a homeopatia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em Saúde e os especialistas.

352 O Ministério da Saúde deve convocar, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a partir da divulgação deste Relatório, as seguintes Conferências, garantindo a participação dos usuários conforme disposto no § 4º do artigo 1º da Lei Federal nº 8.142/90,:

- 352.1 Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, para discutir e deliberar sobre o modelo de assistência farmacêutica adequado para assegurar o acesso da população aos medicamentos necessários;
- 352.2 Conferência Nacional de Vigilância à Saúde, para deliberar sobre as ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, entre outros assuntos, com ações articuladas nas três esferas de governo, conforme o previsto na Portaria Ministerial nº 1.565/94.

353 O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, devem revisar permanentemente a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e adotá-la no âmbito do SUS como instrumento de racionalização do acesso universal a medicamentos seguros e eficazes.

354 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde devem assegurar condições técnicas e financeiras aos municípios já municipalizados, com vistas à criação de farmácias públicas de manipulação.

355 O Ministério da Saúde deve promover, em ação conjunta com a Secretaria de Defesa dos Direitos Econômicos e da Superintendência Nacional de Abastecimento, os instrumentos necessários para combater os cartéis, os aumentos abusivos e não justificáveis, o superfaturamento de matérias-primas, a transferência de divisas nas operações matriz-filial de empresas transnacionais, a propaganda enganosa e outras práticas mercadológicas prejudiciais do segmento industrial-farmacêutico do país, cumprindo a Resolução nº 172/95, do Conselho Nacional de Saúde.

356 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem garantir o suprimento de medicamentos essenciais, de alto custo e imunoderivados, de acordo com o perfil de morbimortalidade de cada município ou região, com definição clara das fontes de financiamento e da responsabilidade de cada nível de governo. Os gestores do SUS devem apresentar, aos respectivos Conselhos de Saúde, uma listagem desses produtos para apreciação e deliberação.

6.2.11. Política de Sangue e Hemoderivados

357 O Ministério da Saúde deve apresentar ao Conselho Nacional de Saúde, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a partir da divulgação deste Relatório, após ampla discussão com as Secretarias e os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, uma Política de Sangue e Hemoderivados que defina a criação de hemocentros regionais e hemonúcleos nos estados, bem como inclua a constituição de plantas industriais de hemoderivados para o suprimento das demandas desses insumos pelos serviços do SUS, com qualidade e avaliação permanente.

358 As Secretarias Estaduais de Saúde devem implantar hemocentros regionais nos estados, com avaliação periódica de qualidade.

6.2.12. Política de Órteses e Próteses

359 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais devem assumir a responsabilidade pelos serviços de órteses e próteses, estimulando os municípios a ampliarem o programa, com qualidade, de forma a tornar esses produtos acessíveis a todos os que deles necessitem.

360 O Ministério da Saúde deve coordenar o Sistema de Órteses e Próteses do SUS, alocando recursos financeiros suficientes para alcançar as metas estabelecidas pelo planejamento local, mantendo essas ações sob controle e acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Esse Sistema deve contemplar:

- 360.1 a descentralização para os municípios da distribuição de órteses e próteses, através de uma rede regionalizada de serviços especializados;
- 360.2 a qualificação e ampliação da distribuição de órteses e próteses atualmente realizada, incluindo também modelos de membros superiores e inferiores;
- 360.3 a aquisição de produtos importados, quando os similares nacionais não tiverem a qualidade adequada;
- 360.4 a fiscalização e o acompanhamento por parte de usuários e Conselhos de Saúde.

6.2.13. Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários

361 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem promover amplos debates com os Conselhos de Saúde para definir a necessidade de implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família. A definição da forma de execução destes Programas não deve ser central e vertical, pois isto fere os preceitos constitucionais, a legislação do SUS e a autonomia dos municípios.

362 As Secretarias Municipais de Saúde que têm ou que estão organizando o seu atendimento com Agentes Comunitários de Saúde e equipes de Saúde da Família não devem desenvolver esses Programas isoladamente, mas integrá-los ao Sistema Municipal de Saúde, garantindo a atenção integral à saúde e o acesso de todos os usuários aos serviços de saúde que necessitarem, bem como somar esforços com entidades da sociedade civil que desenvolvem programas similares. Os gestores municipais devem:

- 362.1 vincular os Agentes Comunitários às unidades de saúde e articular as unidades de saúde com equipes de Saúde da Família às demais unidades de saúde e às unidades e serviços de referência, inclusive Centros de Apoio Psicossocial (CAP);
- 362.2 incluir os Agentes Comunitários e as unidades de saúde com equipes de Saúde da Família no sistema de referência e contra-referência, evitando o paralelismo de ações;

7. ANEXO 1 - DELIBERAÇÕES SOBRE A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS Nº 1/ 96

(Portaria nº 1.742/ MS, de 30/8/96, publicada no DOU de 2/9/96)

DELIBERAÇÕES GERAIS

1 A 10ª Conferência Nacional de Saúde não referendou a NOB-SUS nº 1/96. Decidiu pela sua manutenção pelo período de 60 dias, prazo no qual ela deve:

1.1 retornar aos estados e municípios para discussão com os delegados da 10ª Conferência Nacional de Saúde e com os membros dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, que poderão enviar emendas e alterações ao Conselho Nacional de Saúde para discussão e deliberação;

1.2 o Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem dar ampla e plena divulgação à NOB-SUS nº 1/96, no sentido de possibilitar o seu debate no prazo previsto para o encaminhamento de proposições.

2 O Conselho Nacional de Saúde deve acatar e incluir na NOB-SUS nº 1/96 tudo o que foi aprovado na Conferência Nacional de Saúde e que tenha relação com a mesma.

REFORMULAÇÃO DA NOB-SUS nº 1/96

PER CAPITA

3 O valor *per capita* nacional, estabelecido pela NOB-SUS nº 1/96 deve ser no mínimo de R\$ 1,00 (um real), reajustado conforme mecanismos estabelecidos pela Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde.

4 A NOB-SUS nº 1/96 deve assegurar o repasse financeiro sob forma de financiamento de ações de saúde, considerando o valor orçamentado *per capita* e não por procedimento, valorizando dessa forma a saúde e não as doenças. O cumprimento de metas de cobertura e qualidade do serviço deve ser considerado como alternativa a ser estudada.

CRITÉRIOS PARA REPASSES DIFERENCIADOS

5 Para os municípios em gestão plena, a NOB-SUS nº 1/96 deve estabelecer o repasse de 30% (trinta por cento) além do teto para aplicação em promoção, prevenção e sistemas alternativos de assistência. Esses recursos podem ser retirados do PROER ou da taxação de produtos nocivos à saúde.

6 Deve ser estabelecido pela NOB-SUS nº 1/96 um incentivo de 5% (cinco por cento) para os municípios com menos de quinze mil habitantes.

7 Deve ser revisto o artigo 11.1.2 da NOB-SUS nº 1/96, que propõe incentivos financeiros para os municípios desenvolverem Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, tendo em vista que, desta maneira vertical, os municípios que adotarem tais estratégias como forma de receber recursos estarão desrespeitando o direito de cada Conselho Municipal de Saúde de decidir sobre a necessidade ou não de sua adoção na realidade local. Deve ser preservada a autonomia de gestão de cada Conselho Municipal de Saúde. A verba não deve ser subordinada a implantação de programas definidos nos gabinetes, de cima para baixo, como o PSF e o PACS; devem ser respeitadas as alternativas municipais baseadas nos problemas e necessidades locais. O acréscimo de percentual de repasse financeiro aos municípios deve ocorrer quando os mesmos comprovarem que têm unidade de saúde responsável por um território delimitado, e que executem ações de vigilância e assistência à saúde, inclusive com atendimento domiciliar, garantindo a integralidade da atenção, a referência e contra-referência, com critérios propostos pela Comissão

10ª

CONFERÊNCIA
NACIONAL
DE SAÚDE

Intergestores Bipartite e Tripartite e aprovados pelos Conselhos Estaduais e Nacional de Saúde.

8 Incorporar nova redação ao item 11.1.2. da NOB-SUS nº 1/96: "Fica estabelecido um acréscimo percentual ao montante do PAB, de acordo com critérios a serem definidos pela Comissão Nacional de Saúde, sempre que estiverem atuando integralmente na rede municipal, equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite e pelos Conselhos Estaduais e Nacional de Saúde."

9 Referente ao item 11.1.2 da NOB-SUS nº 1/96, mudar de "avaliadas pelo órgão do Ministério da Saúde (SAS/Ministério da Saúde)"; para "avaliadas pela Comissão Intergestora Tripartite e Conselho Nacional de Saúde".

TETOS

10 Deve constar na NOB-SUS nº 1/96 que, até a regulamentação do artigo 35 da Lei nº 8.080/90, o estabelecimento de tetos financeiros para estados e municípios deve considerar:

- 10.1 a situação geográfica, demográfica e sócio-econômica;
- 10.2 o recenseamento;
- 10.3 a alta dispersão populacional;
- 10.4 a população flutuante;
- 10.5 os assentamentos existentes;
- 10.6 o perfil epidemiológico da população;
- 10.7 o fluxo de usuários vindos de outros países, estados ou municípios;
- 10.8 a compensação financeira para municípios de referência na área hospitalar e ambulatorial;
- 10.9 a capacidade e a estrutura dos serviços de saúde;
- 10.10 o cumprimento das metas dos Planos de Saúde.

PAPEL DO SETOR PRIVADO

11 O item 4 da NOB-SUS nº 1/96 deve ser revisto considerando-se a Constituição e a legislação referente à Saúde, para ficar bem claro qual o papel complementar da rede privada no SUS, pois a redação do mesmo abre espaço para a completa privatização da rede pública, possibilitando a terceirização via falsas cooperativas, contratação de profissionais através de associações que não são prestadoras de serviço, entre outras, bem como deve submeter a rede privada, de maneira clara, às deliberações dos Conselhos de Saúde. Ainda nesse item, corre-se o risco de não mais existirem ações de prevenção, promoção e assistência a doenças endêmicas e crônicas, assim como a desarticulação do Sistema de Vigilância à Saúde (Epidemiológica e Sanitária), com venda de serviços, apesar da NOB-SUS nº 01/96 prever o privilegiamento dessas ações.

CARTÃO SUS

12 Deve ficar claramente definida na NOB-SUS nº 1/96 que a implantação do Cartão SUS em todo o país deve ser feita a longo prazo, com o objetivo de cadastrar os usuários dos serviços de saúde, organizar a rede de assistência e implantar um sistema de informação que garanta o acesso de todos os usuários, de forma universal, às ações e serviços de saúde, fortalecendo as Câmaras de Compensação no controle das internações hospitalares e o oferecimento de serviços básicos e de alta complexidade com maior qualidade. O Cartão SUS não poderá de forma

alguma servir para restringir a assistência, mas sim garantir a universalidade e o acesso ao SUS em todo o território nacional, respeitadas a territorialização e a referência e contra-referência.

PRESTAÇÃO DE CONTAS FEITAS PELOS GESTORES

13 A NOB-SUS nº 1/96 deverá condicionar a transferência de recursos a estados e municípios ao cumprimento do artigo 12 da Lei nº 8.689, que afirma "o gestor do SUS em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública nas Câmaras de Vereadores e nas Assembléias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte dos recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada."

14 As prestações de contas deverão ser realizadas até o término do trimestre subsequente à sua utilização, e a audiência pública deve ser precedida em quinze dias pelo envio de relatório padronizado (em modelo aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e constante como anexo da NOB-SUS nº1/96) aos membros do Conselho Estadual ou Municipal de Saúde e da Assembléia Legislativa ou Câmara Municipal. No relatório deverão constar, entre outros, os seguintes dados:

- 14.1 montante e origem de todas as fontes de recursos alocados ao SUS;
- 14.2 o total e o detalhamento, com uma descrição qualitativa e quantitativa das ações e metas produzidas em nível de prevenção, reabilitação, atenção ambulatorial, hospitalar, domiciliar e procedimentos de alto custo pelas unidades de saúde próprias, conveniadas e contratadas no trimestre.
- 14.3 oferta de ações e produção nas unidades e serviços de saúde próprios, conveniados e contratados;
- 14.4 os pagamentos detalhados, efetuados sob diversas rubricas aos serviços próprios, contratados e ou conveniados;
- 14.5 todas as sindicâncias e auditorias iniciadas e ou concluídas no trimestre, assim como o encaminhamento dado às mesmas;
- 14.6 discriminação dos gastos com investimentos.

PAPEL DAS COMISSÕES INTERGESTORES E SUA RELAÇÃO COM OS CONSELHOS DE SAÚDE

15 Deve ser incluída na NOB-SUS nº 1/96 o parágrafo existente na NOB-SUS nº 1/93 que diz que: "cada estado contará com uma Comissão Intergestores Bipartite cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual de Saúde."

16 Devem ser claramente definidas na NOB-SUS nº 1/96 as funções, competências e os objetivos das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, para que estas não avancem sobre as funções deliberativas dos Conselhos, submetendo suas proposições às decisões dos respectivos Conselhos, devendo ser definida, principalmente, a sua relação com os Conselhos de Saúde, obedecendo as seguintes diretrizes:

- 16.1 estímulo permanente à discussão, negociação, pactuação e a implementação do SUS;
- 16.2 subordinação de suas decisões executivas ao controle social, com poder deliberativo;
- 16.3 estímulo à gestão plena com viabilização da transferência Fundo a Fundo, independente de convênios;
- 16.4 atuação restrita a aspectos técnico-operacionais, com abertura das reuniões à par-

10^a**CONFERÊNCIA
NACIONAL
DE SAÚDE**

ticipação de Conselheiros de Saúde na qualidade de ouvintes e divulgação prévia de cronograma e pautas.

17 Deve constar na NOB-SUS nº 1/96 que os Conselhos de Saúde devem exercer controle social sobre as decisões das Comissões Bipartite e Tripartite.

OUTRAS

18 Deve constar da NOB-SUS nº 1/96 que as verbas repassadas com atraso devem vir com a devida correção.

19 Referente ao item 6.1. da NOB-SUS nº 1/96, deve ser acrescentado: "... de saúde, além dos recursos próprios a serem alocados às metas".

20 Exclusão do item 13.3. da NOB-SUS nº 1/96 que trata da transferência por convênio, ficando o repasse através dos itens 13.1. e 13.2.

21 Em razão dos problemas verificados na NOB-SUS nº 1/96, o Governo Federal deverá garantir a cobertura financeira específica para procedimentos de alta complexidade, além dos tetos estadual e municipal.

22 A NOB-SUS nº 1/96 deverá estabelecer mais claramente a forma e abrangência da participação do estado no financiamento e na gestão dos consórcios intermunicipais.

23 A NOB-SUS nº 1/96 deve responsabilizar os gestores Federal e Estaduais pela instrumentalização, cooperação técnica e financeira aos municípios ingressantes nas condições de gestão da NOB.

8. ANEXO 2 - DOCUMENTOS REFERIDOS

Câmara dos Deputados	Projeto de Lei nº 1.521/96, que regulamenta a radiodifusão livre e dá outras providências
Câmara dos Deputados	Projeto de Lei nº 332/95, do deputado Augusto Viveiros, que dispõe sobre o exercício da profissão de Agente de Saúde Comunitária
Câmara dos Deputados	Proposta de Emenda à Constituição nº 169/93, dos deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge, que altera o inciso IV do Art. 167 e o Art. 168 da Constituição Federal e prevê recursos orçamentários em nível da União, estados e municípios para manutenção do Sistema Único de Saúde com o financiamento das redes públicas, filantrópicas e conveniadas.
Conselho Nacional de Saúde	Resolução nº 146/94 (diagnóstico precoce do hipotireoidismo e fenilcetonúria)
Conselho Nacional de Saúde	Resolução nº 17/91 (Cursos de graduação na área da Saúde)
Conselho Nacional de Saúde	Resolução nº 33/92 (Recomendações para a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde)
Conselho Nacional de Saúde	Resolução nº 38/93 (Inclui novos cursos na relação da Resolução nº 17/91)
Constituição Federal	Constituição da República Federativa do Brasil de 5/10/88
Decreto Federal nº 793/93	Altera os Decretos nºs 74.170, de 10/6/74 e 79.094, de 5/1/77, que regulamentam, respectivamente, as Leis nºs 5.991, de 7/1/73, e 6.360, de 23/9/76, e dá outras providências (Medicamentos)
Decreto Federal nº 1.303/94	Dispõe sobre a criação de universidades e estabelecimentos isolados de ensino superior e dá outras providências
Decreto Federal nº 1.651/95	Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS
Decreto Federal nº 74.170/74	Regulamenta a Lei nº 5.991/73, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos
Decreto Federal nº 79.094/77	Regulamenta a Lei nº 6.360/76, que submete ao Sistema de Vigilância Sanitária os medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneantes e outros
Lei Federal nº 4.117/62	Institui o Código Brasileiro de Telecomunicações
Lei Federal nº 5.991/73	Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências
Lei Federal nº 6.360/76	Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências

10ª

CONFERÊNCIA
NACIONAL
DE SAÚDE

Lei Federal nº 7.498/86	Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências
Lei Federal nº 8.080/90	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências (19/9/90)
Lei Federal nº 8.142/90	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da Saúde, e dá outras providências (28/12/90)
Lei Federal nº 8.213/91	Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências
Lei Federal nº 8.689/93	Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e dá outras providências
Lei Federal nº 8.896/94	Dá nova redação ao artigo 3º da Lei nº 8.689, de 27/7/93, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS
Ministério da Saúde	II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Cadernos RH Saúde, V. 2, N. 1, Brasília, julho de 1994
Ministério da Saúde	Normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, janeiro de 1994
Ministério da Saúde	Portaria nº 128/95, atualiza o tempo de permanência hospitalar para os procedimentos do SIH/SUS
Ministério da Saúde	Portaria nº 1.565/94, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece a competência das três esferas de governo e estabelece as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do SUS
Ministério da Saúde	Portaria nº 1.742/96, de 30/8/96, que institui a NOB nº 1/96
Ministério da Saúde	Portaria SAS nº 116/93, que inclui no SIA/SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia
Ministério da Saúde	Portaria SAS nº 121/96, que dispõe sobre órteses, próteses e materiais especiais nos hospitais do SUS
Ministério da Saúde	Portaria SAS nº 166/91, que dispõe sobre órteses, próteses e materiais especiais nos hospitais do SUS
Ministério da Saúde	Portaria SAS nº 74/94, que institui a obrigatoriedade da emissão de demonstrativo de gastos aos pacientes internados nos hospitais do SUS
Ministério da Saúde	Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, setembro de 1994
Ministério da Saúde	Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, realizada em Luziânia/GO, nos dias 25 a 27 de outubro de 1993. 14 p.

Ministério da Saúde	Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1993
Ministério da Saúde	Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde
Ministério da Saúde /MPAS	Portaria Interministerial MPAS/MS nº 14/96, dispõe sobre a implementação do PIAT, criado pela Portaria Interministerial MPAS/MS nº 11/96
Ministério da Saúde /MPAS	Portaria Interministerial MPAS/MS nº 11/96, que institui o Programa Integrado de Assistência ao Acidentado do Trabalho (PIAT).
Relatórios	Relatório do I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, realizado em Salvador/BA, nos dias 24 e 25 de abril de 1995. 19 p.
Senado Federal	Projeto de Lei do Senado nº 160/95, do senador Carlos Bezerra, que dispõe sobre o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

10^aCONFERÊNCIA
NACIONAL
DE SAÚDE



Ministério
da
Saúde

