

# **V CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS

SAÚDE: UM DIREITO DE TODOS, UM DEVER DO ESTADO

## ***RELATÓRIO FINAL***

*BELO HORIZONTE - MG  
30 DE OUTUBRO A 02 DE AGOSTO DE 2003*

# **REALIZAÇÃO**

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS  
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

# **PATROCÍNIO**

# **APOIO**

**AÉCIO NEVES DA CUNHA**  
GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

**MARCUS VINICIUS CAETANO PESTANA DA SILVA**  
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS  
PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

## **COMISSÃO ORGANIZADORA**

**Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva**

Presidente do Conselho Estadual de Saúde.

**Nicodemus de Arimathéa e Silva Jr.**

Vice Presidente do Conselho Estadual de Saúde.

### **Comissão de Relatoria**

Jorge Gonçalves Ramos; José Dirceu da Silveira; José Joaquim Rocha Vieira; Maria José Moraes Antunes; Maria Nazaré Anjo dos Santos; Marília Reis Raidan; Renato Almeida de Barros.

### **Relatores Adjuntos**

André Lucelio Lino; Celi Rodrigues dos Santos; Celsa Erlândia Vargas; Elaine Maria Nogueira de Oliveira; Maria das Graças Marques; Maria das Mercês Souza Oliveira; Maria Lucia Barcelos; Marildo Lima Rodrigues; Rosania Maria de Oliveira Machado; Rosimeire Consolação de Oliveira Souza; Shirley Rodrigues da Silva; Valdilea Lourenço da Silva.

### **Digitadores**

André Luiz Martins; Bruna Ferreira Cattoni Couto; Cristiane Batista Silva; Lourdes Miguela Perez Coronel; Maria Auxiliadora Oliveira dos Santos; Maria Luiza Diniz; Maxwell Moreira; Ronan Alves Gomes; Silvio Reis Bastos; Solange Rodrigues Frades.

### **Monitores da Relatoria**

Alunos da Puc- Minas Gerais/Betim – Curso de Enfermagem/5º Período e da Fumec – Curso de Gestão de Serviços de Saúde/1º Período.

## **CONSELHEIROS**

## **CARTA DA V CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS AO POVO BRASILEIRO**

Os delegados e delegadas presentes na V Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, realizada em 30 de outubro à 02 de novembro de 2003, em Belo Horizonte, dirigem-se à sociedade para expressar as preocupações de todos que vêm lutando pelo Sistema Único de Saúde.

No período em que vivemos, com várias reformas, de crescimento das taxas de desemprego, dos juros e da queda da qualidade de vida em vários aglomerados urbanos e rurais, preocupamo-nos sobremaneira com os rumos que os governantes têm dado ao Sistema Único de Saúde.

Projetos que visam desresponsabilização do papel do Estado, o repasse de instituições públicas para o comando e gerenciamento da iniciativa privada, com a implantação de **ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO – OSCIP’s**.

Preocupa-nos ainda a decisão do Governo do Estado em trilhar caminhos de descontinuidade do financiamento das ações e serviços de saúde, por não cumprir a Emenda Constitucional n.º 29 de 13 de setembro de 2000, que vincula recursos para a Saúde de forma decisiva e salutar para o Sistema Único de Saúde.

Ao negligenciar o cumprimento desta Emenda e conseqüentemente à resolução 322/03 do Conselho Nacional de Saúde, o Governo Aécio Neves fere frontalmente o direito do cidadão à saúde, e desconhece o Controle Social.

Assim, manifestamos a indignação pelo pleno descumprimento da Constituição da República, exigindo como cidadãos(ãs) a rigorosa apuração das responsabilidades do Governo na garantia dos direitos individuais e coletivos.

## **Conferência Magna - “PROGRAMA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS”**

**Dr. Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva**

Secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais

Presidente do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

Boa noite a todos, agora encerrada a solenidade, vou evitar as formalidades, porque agora é uma reunião de trabalho, não vou propriamente fazer uma Conferência, uma palestra porque eu não queria cansá-los, vão ser 3 dias de debate onde todos os delegados vão trazer a sua experiência acumulada, sua reflexão, em cada município de Minas Gerais. Eu queria muito rapidamente para que agente possa, todos viajaram hoje precisam estar com as baterias carregadas a partir de amanhã, então vou procurar ser muito breve, só pontuar, realçar quais são as linhas básicas, as ações e como nós estamos imaginando conduzir a política pública estadual de saúde nos próximos anos. A partir dos diagnósticos que temos da realidade e das ações que estão sendo implementadas e delineadas. Todos os senhores e as senhoras, os delegados da Conferência, receberam uma material que resume a estratégia da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais foi distribuída, acho que não estava nas pastas, foi distribuída esta disponível, que é exatamente um folheto sobre os programas e as ações de saúde em Minas Gerais. Eu vou percorrer cada um dos campos muito rapidamente para não cansá-los, mas gostaria que vocês como conselheiros, como gestores, como delegados, como militantes do SUS, já tem uma reflexão, já tem uma carta de informação que torna desnecessário eu detalhar algumas questões, alguns princípios que são de conhecimento geral, mas há grosso modo nos temos que pensar o esforço da Saúde que é essencial para que agente consolide o SUS no Brasil e em Minas Gerais, nos temos que imaginar a atuação em torno de um triângulo, onde a base é a tensão básica de qualidade, na outra vertente a guarda ambulatorial hospitalar; e em uma terceira vertente a assistência farmacêutica (o acesso ao medicamento). Esse triângulo está envolto numa ação de planejamento, coordenação e regulação. Então eu pretendo percorre rapidamente a questão da atenção básica, a questão da tensão ambulatorial e hospitalar, a questão do medicamento da assistência farmacêutica, em 4º lugar uma pincelada sobre planejamento, coordenação e regulação, e queria tocar também rapidamente em 2 questões adicionais: recursos humanos e tecnologia: então começando por aquele que é o pilar do SUS, porque o SUS surgiu toda a formulação estratégica do SUS pressupõe

que a tensão básica é o centro, o pilar fundamental do sistema, as ações de promoção e prevenção devem ser o centro de gravidade de todo o sistema. Só que isso povoa os nossos documentos, isso está sempre presente nas resoluções, no discurso, mas a tensão básica de qualidade, até porque os incêndios do dia-a-dia que manifestam na porta do hospital, a tensão básica não recebe a prioridade que efetiva, avançamos muito, mas ainda temos que avançar muito na tensão básica. E é aí que nós podemos ganhar a guerra da saúde, é aí que podemos matar o mal pela raiz. É mobilizando a comunidade para ter uma atitude pró-ativa em relação às campanhas de vacinação, em relação ao combate à dengue, uma postura defensiva em relação à AIDS, toda uma ação de mobilização social com o caráter extremamente pedagógico, com uma ação de saúde da família diagnosticando precocemente o potencial hipertensivo, o diabético, interagindo, e como nosso principal consultor da secretaria Dr. Eugênio Vilaça. Sempre chama a atenção da gente que até o linguajar da gente, traí. A gente tem mania de chamar que alta complexidade, média complexidade dando a idéia os procedimentos ambulatoriais hospitalares mais sofisticados, mais densos em tecnologia. Isso induz como chama a atenção Dr. Eugênio Vilaça, que vai ser um dos palestrantes dessa Conferência, isso nos leva a imaginar erroneamente em alguns momentos, que a tensão básica tem baixa complexidade. Que é uma questão trivial e simples fazer uma boa atenção básica, isso não é verdade, porque é muito mais complexo você ter a relação lá na comunidade combatendo o alcoolismo, o tabagismo, combatendo os hábitos inadequados de higiene, de alimentação, combatendo o sedentarismo, combatendo hábitos em fim, práticas que levam a que em médio e longo prazo se configura um quadro de doença, então agente fale em defender a saúde, agente fala em promover a saúde mas a própria lógica do cotidiano nos encurrala às vezes numa arapuca onde a gente discute saúde só na porta do hospital, já quando a doença crônica está configurada, quando os procedimentos de alto custo são necessários, então é preciso aprofundar a qualidade. Minas é o maior estado que tem mais inssão no programa saúde da família, nós temos mais equipes que São Paulo, que tem o triplo da população. É o estado que mais avançou na saúde da família, mas não adianta só avançar quantitativamente, tem que avançar na qualidade. E dentro da estratégia da secretaria estadual, porque o ministério participa do financiamento, a lei Hobin Hood a distribuição dos recursos de ICMS, que é uma lei estadual, que oferece apoio ao Programa Saúde da Família, os municípios fazem um grande esforço, e nós vamos introduzir em 2004 o incentivo estadual ao PSF através do Programa Saúde em Casa, que vai ser a participação estadual somando esforços com os



municípios e o ministério, para qualificar, financiar, melhorar a qualidade e ampliar o programa em Minas Gerais, com uma ousada meta de estarmos presentes, se houver a adesão dos municípios mineiros em 100%. E com uma meta de expansão dos atuais 46% da população coberta para 70% da população coberta. E esse, nós imaginamos um incentivo em torno de R\$ 1500,00/mês por equipe, que vai ter no nosso caso que é um balizador do programa do governador Aécio Neves critério de equidade social, ou seja, a cidade que tem o IDH (Índice de Desenvolvimento Humanos) menor, uma cidade que luta com mais dificuldade e que tem menos capacidade de resposta fiscal, ganhará mais e a cidade que tem mais potencial econômico ganhará um pouco menos, então nós imaginamos num intervalo entre R\$1,2 mil e R\$ 1,8 mil, as cidades um pouco mais ricas ficaram no patamar de R\$1,2 mil, as cidades que lutam com mais dificuldades, que tem menos capacidade fiscal ficam em torno de R\$1,8 mil, fazendo com isso atendimento ao princípio da equidade social que também é base do SUS. Além disso vamos financiar de forma compartilhada o ministério, a equipe do ministro Humberto Costa já provou na última tripartite R\$ 3,2 milhões para o programa dos pólos de educação permanente, e nós reservamos em 2004, R\$ 4 milhões para investir num sistema de educação permanente que vai ser voltado para o conjunto das ações: urgência/emergência, materno-infantil, tudo mais, principalmente para a tensão básica, e nós vamos, e nós queríamos que esta Conferência nos ajudasse a formular quando discutisse a questão básica, não é só por mais dinheiro, porque também não adianta o Ministro Humberto Costa, o ministério fez um ajuste de 20% na atenção básica no início do ano. E próprio Ministério diagnosticou que em alguns municípios, um município recuou, então houve uma substituição do dinheiro, entrou mais dinheiro do ministério ao invés de melhorar a condição dos profissionais, qualificar melhor os profissionais, melhorar os salários foi uma substituição do pote de financiamento, então nós queremos colocar um dinheiro adicional para apoiar já toda uma formatação do programa. Mas no caso do Programa Saúde em Casa além de todas as regras do ministério, nós queríamos que a Conferência refletisse sobre isto e nos ajudasse a reformular, nós queremos contratar. Não adianta contratar muita coisa às vezes o pacto da tensão básica pode ser fala que vai controlar cento e tantas variáveis acabam não controlando nenhuma, então nós na equipe da saúde discutindo com vários parceiros nós estamos encaminhando, no caso da saúde em casa, de compactuar com os municípios cinco metas. Nós colocamos o recurso, mas os municípios e as equipes teriam que atender a cinco metas:

1º - A redução de internações desnecessárias, quer dizer, nós vamos ter que erguer ao nível de controle de avaliação para capturar, esse que é um grande mau, que é a internação desnecessária sensível a tensão básica de qualidade a atenção ambulatorial, que isso custa muito, tira dinheiro tanto da tensão básica quanto da alta e média complexidade que é realmente necessária. Então primeiro objetivo a ser contratado: queda de meta, nós temos que acostumar a lidar com metas, com objetivos quantificáveis até para o controle social poder exercer o seu poder, nós temos que materializar as metas e números, então nós vamos fixar uma meta. A proposta no primeiro ano é que haja naquela equipe da saúde da família uma redução de 20% das internações desnecessárias.

2º - Comprimento daquela região, da órbita de ação daquela equipe das metas de vacinação traçadas pela vigilância epidemiológica de vigilância em saúde.

3º - Que a atenção, que é o nosso principal programa, em que eu vou falar daqui a pouco que é o Programa Viva Vida, que combate a mortalidade materna, que sejam feitas as 6 consultas pré-natais com qualidade e logo posterior ao parto em pertério e que seja assegurado em qualidade, as equipes de saúde se incumbam de assegurar essa abordagem a ocorrência das 6 porque é inadmissível. Eu sou economista, não sei se todos sabem, eu não sou médico e quando me contaram a realidade de, por exemplo, a mortalidade infantil neonatal por tétano, porque a gestante não recebe a vacina nas três consultas anteriores pré-natais, isso é inaceitável. Então nós vamos contratar a meta das seis consultas, além disso, ao sistema permanente de educação, a prefeitura e as equipes têm que aderir, pois será um sistema que o ministério está longe demais para fazer um sistema de educação permanente, porque a Amazônia é uma coisa, Rio Grande do Sul é outra e Minas Gerais é outra, não tem jeito de fazer um sistema nacional. No município não tem escala para fazer, talvez Belo Horizonte que tem 2,5 milhão de habitantes teria escala, mas mesmo os municípios 500 mil/300mil habitantes não justifica, então é uma tarefa típica do estado em parceria com as universidades e nossa escola de saúde pública. Vai ser um esquema de treinamento, não esses cursos tópicos que ocorrem episodicamente, as vezes é radicalmente, mas um verdadeiro sistema de educação permanente tanto presencial como usando as modernas tecnologias de telecomunicação: a internet, as redes de comunicação do circuito fechado de TV, enfim, um sistema que assegure qualidade principalmente na atenção básica, nós vamos investir 4 milhões e o ministério também está investindo recursos dessa proporção, e nós podemos fazer a partir dessa parceria um belo sistema de formação permanente de recursos humanos de

qualificação. Na tensão básica, eu não quero me deter muito em detalhes senão vou cansá-los.

Vamos passar para a retaguarda hospitalar. Nós temos vários problemas. A tensão hospitalar, a literatura técnica, a literatura nacional e internacional recomenda que para eficiência da retaguarda hospitalar você tem um problema de escala mínima, você tem problemas de recursos humanos especializados de escala tecnológica e escala financeira. Eu tenho discutido isso em algumas cidades, às vezes você chega numa cidade tem 4 hospitais filantrópicos de pequeno porte ou de médio porte e a literatura internacional e técnica, os especialistas do Brasil colocam que um bom hospital tem que ter no mínimo 100 a 150 leitos e 50% dos hospitais de Minas Gerais tem menos que 50 leitos, 25% têm menos de 30 leitos, Minas é muito grande, tem o tamanho da França e 853 municípios numa realidade totalmente diferente de região para região. É preciso portanto regionalizar, é preciso lidar com a realidade diferenciada cada um dos hospitais e é por isso que nós desencadeamos uma série de ações. Primeiro, nós desencadeamos a repactuação do pacto solidário da PPI e que levou 6 meses de discussão pelos gestores coordenada pela superintendência de regulação da secretaria, mas que é um pacto entre os gestores que o SUS tem que ser uma rede solidária o município de 3 mil/5mil habitantes não pode ter um serviço de oncologia, não tem condições de ter recursos humanos, financeiros para ter um centro de hemodiálise, não vai em cada esquina da cidade ser realizada cirurgias complexas, cirurgia cardíacas, neurocirurgias, transplantes, então é preciso organizar uma rede solidária, não podemos imaginar o SUS como um mosaico, um quebra-cabeça fragmentado e desunido de realidades municipais, o fato de um hospital estar em uma cidade não o torna escravo só da realidade geopolítica municipal, porque o pequeno município não tem escala populacional-financeiro-tecnológico de recursos humanos para ter procedimentos de alta complexidade. Então nós temos que começar lá na tensão básica de qualidade no pequeno município e em todos os municípios e ir evoluindo, e nós fizemos esta repactuação, avançamos muito no pacto assistencial, temos uma radiografia de Minas Gerais, casando a oferta e a demanda de serviço de saúde, e o dinheiro tem que acompanhar o cidadão não importa o endereço dele ele tem que ter o acesso assegurado. Então o que nós fizemos, fizemos a PPI, aprovamos na última bipartite o novo plano diretor de regionalização, nós criamos novo plano diretor de regionalização 75 micro regiões, foi feito um estudo de logística de transporte do sistema rodoviário dos fluxos das distâncias e com base num trabalho técnico sólido considerando a população em

escala mínima de 150 mil habitantes as distâncias de 1 hora e meia em estrada asfáltica ou de 150 Km em estradas sem conexão asfáltica com este critério a equipe técnica desenhou e discutiu com gestores municipais um novo PDR (Plano Diretor de Regionalização). São 75 micro regiões triadas no novo PDR, porque é preciso escala então teve o critério da escala e criamos 7 novos pólos, eram 11 pólos macro regionais, nós criamos 7 novos: Patos de Minas, Ponte Nova, Barbacena, Passos, Poços de Caldas, eu vou esquecer algum, aqui me ajuda aí, Passos, Divinópolis e Barbacena já falei, então Divinópolis, Ponte Nova, Poços de Caldas, Passos; Ipatinga já é pólo. Bem daqui a pouco eu lembro, já é o cansaço do dia estafante que nós tivemos. Diamantina era o que faltava. Nós queremos fazer na porta do Jequitinhonha porque é Teófilo Otoni e Montes Claros que carregam o norte e o nordeste de Minas Gerais. Montes Claros é um pólo de saúde que não fica nada a dever a nenhum lugar do Brasil, tem um sistema que evoluiu nos últimos 10, 20 anos deu um salto de qualidade impressionante, mas é preciso fortalecer principalmente o norte e nordeste, por isso Diamantina entrou. Nós temos que induzir um pólo e fortalecer. Qual é a idéia? Que cada micro região tenha alta suficiência até a média complexidade, isso corresponde a 90% dos procedimentos, e que só vaze para o pólo macro regional a alta complexidade, porque o que desorganiza a porta do hospital nos grandes pólos regionais, como Valadares, Teófilo Otoni, Montes Claros, Uberlândia, Uberaba, Juiz de Fora, Belo Horizonte, Alfenas, Varginha, é a urgência e emergência e média complexidade que chega de forma desorganizada. Eu presenciei em Montes Claros uma fratura que não era de alta complexidade que pingou 7 dias, o cidadão pingou em 2 cidades não resolveu o problema e imaginem, já era um caso de cirurgia a mãos profundas e pela falha da rede assistencial, nós temos que qualificar as micro e fortalecer os pólos macro regionais, usando bem o dinheiro, fazendo este pacto solidário, pois tem que ter. A cidade grande não pode fechar a porta, porque o SUS não admite cidadão de primeira, segunda ou terceira classe. Então dependente do endereço o cidadão tem direito à saúde. Mas também o município pequeno tem que fazer o dever de casa tem que fazer a saúde, atenção básica de qualidade e tem que respeitar as regras da regulação, aí nós saltamos para a PPI e PDR para regulação. Nós vamos começar a instalar o sistema, nós ainda estamos engatinhando nisso. Nós vamos instalar o sistema estadual de regulação a partir de Montes Claro, provocados pelo Ministério Público que tem um papel intenso na vida do SUS, nós vamos começar a instalar até dezembro, janeiro em Montes Claros e há cada 40, 45 dias a equipe da nossa Superintendente que é a Miriam, que está ali, 40, 45 dias é

um desafio enorme nós vamos instalar o sistema de regulação numa macro, incluindo as micros. A idéia é que em cada um dos 75 pólo micro tenha uma central de marcação de consultas e leitos, lá não terá a presença do medico regulador, vai ter uma vídeofonista que fica com o computador, fica com o telefone e a PPI é instalada ali, o pacto feito entre os municípios e ali é feito, dado transparência para que todo o controle social, gestores municipais tenham clareza de como esta sendo operacionalizado a PPI, e nos 18 pólo macro regionais vai ter uma central de regulação com uma equipe de médicos reguladores em regime de plantão de 24h que é uma autoridade sanitária que vai fazer a regulação do caso de escassez é o medico regulador que vai determinar qual é o paciente independente do endereço e respeitado o pacto da PPI e que qual será o paciente que irá ocupar aquele leito que está disponível num ambiente ainda de escassez. Feita a regulação, nós temos que induzir a qualificação da rede, e é aí que nós lançamos dentro de uma estratégia de regionalização o Pró-hosp (Programa de Fortalecimento e de Melhoria da Qualidade do SUS de Minas Gerais) nós já lançamos dois módulos, nós estamos colocando R\$ 17 milhões ao ano, nos 11 pólos macro regionais, são 21 hospitais dos 11 pólos macro regionais e como não havia dinheiro este ano para todos os pólos micro nós tivemos um critério que é o principio do SUS, a equidade social, então estamos investindo R\$ 12 milhões na região mais pobre de Minas Gerais mais carente que precisa do nosso suporte que é o Jequitinhonha, o Mucuri e o Norte de Minas. E esse programa não é o dinheiro que vai só sem compromissos do prestador de serviços, o primeiro é que há muito desperdício, às vezes é a falta de dinheiro, mas às vezes é má gerencia dos recursos, então um dos compromissos de cada um são 27 hospitais micros regionais do Jequitinhonha, do Mucuri e do Norte de Minas, mais os 21 das 11 cidades pólo, perfazendo R\$ 29 milhões de investimentos a partir deste ano de 2003, mas os hospitais são obrigados há pelo menos 2 técnicos fazerem o curso de gestão hospitalar que eu tive a oportunidade de abrir aqui em BH uma turma e lá em Montes Claros, na Unimontes (Universidade de Montes Claros), estou que vendo o diretor do hospital escola de Montes Claros, em parceria com a UniMontes a escola de saúde publica da secretaria fazendo, e era grande o entusiasmo dos dirigentes daqueles hospitais da região, com a oportunidade de qualificar a gestão hospitalar. Ano que vem, em abril, todas as micro regiões entram no Pró-hosp, e na segunda rodada dos pólos macro regionais, os outros 7 pólos macro regionais já entram perfazendo o investimento total anual a partir da incorporação de todos os pólos de Minas Gerais de cerca de 60 milhões de reais por ano. Só para dar uma idéia para os senhores e senhoras e a todos os

conselheiros, a todos os delegados isso representa, o SUS paga por internações anualmente R\$ 600 milhões. Nós vamos estar, só o estado, oferecendo um suporte para melhorar a qualidade do atendimento da população R\$ 60 milhões, 10% de tudo que a tabela do SUS financia. E aí entra mais a receita complementar que tem os convênios com os planos de saúde, entra com os subsídios que as prefeituras colocam, tem o Fidefs quem faz formação de pessoal, tem o Integrasus e com isso nós vamos caminhando para a solucionar este impasse do financiamento da rede hospitalar. Mas é preciso também cuidar dos pequenos hospitais junto com o ministério o diretor da área Dr. Artur Quioro, passou um dia inteiro com a gente aqui em Minas Gerais discutindo o programa de urgência e emergência, que nós em parceria com o ministério vamos fazer a partir das cidades pólo com mais de 100 mil hab., que já vai proporcionar investimentos importantes na unidade de UTI móvel e unidades de suporte básico de ambulâncias. E o estado já está lançando a licitação também para com todas as dificuldades começar a ajudar os municípios a reequipar porque é inaceitável que ainda andem em nossas estradas Fiorino de 1997/98, não é aceitável isso. Não é possível, primeiro que a Fiorino não é adequada para transporte, nós iremos fazer uma licitação, apoiar já agora em 2003 e 2004, nos primeiros meses de 2004, e o ministério vai fazer um investimento nas 25 maiores cidades de Minas dentro do programa que o ministro mencionou SAMU, que vai ter um custeio compartilhado 25% o município, 25% o governo do estado, Minas foi o primeiro estado a aderir e a dizer sim ao chamamento do ministério e 50% do custeio virá do ministério. Vamos ter as centrais de regulação, vai ter urgência e emergência, o Pró-hosp vai colocar R\$ 60 milhões.

Vou saltar agora para a assistência farmacêutica, que também é um direito de cidadania e que complementa o esforço da saúde. Nós tivemos uma enorme dificuldade em Minas Gerais a farmácia básica ficou a produção da FUNED que é o nosso laboratório que produz medicamentos, caiu muito no seu potencial. A FUNED tem uma capacidade de produção de 2 milhões unidade/dia, chegou a produzir 500/400 mil, houve dificuldades gerenciais financeiras mas nós retomamos as parcerias com os municípios. As entregas trimestrais não estavam sendo feitas regulamente e estavam sendo feitos em quantitativos insuficientes, nós fizemos a primeira entrega em fevereiro, março, fizemos a entrega em maio, fizemos agora em setembro, outubro e vamos fazer a quarta entrega trimestral em novembro, recuperando a credibilidade da assistência farmacêutica básica onde o ministério coloca R\$1,00 hab/ano, o estado R\$ 0,50 e o município R\$0,50. O ministério coloca então 18 milhões, o estado 9 milhões e os

municípios 9 milhões para atender 42 itens da farmácia básica, nós estamos reformulando isso, reestudando vamos lançar a farmácia de Minas que é uma versão amplificada na qualidade e no elenco, a equipe técnica está discutindo com o COSENS e com grupos de trabalho estão formados em torno disso, a idéia é ampliar para 50/60 itens e nós vamos, o estado, em 2004 vai duplicar sua participação, nós vamos sair de 9 milhões para 18 milhões de reais nos igualando ao ministério nessa parceria fazendo um chamamento aos gestores municipais vamos casar 18 milhões do ministério com 18 milhões do estado com R\$ 18 milhões do município e ai a gente poder oferecer qualidade e quantidade em melhores condições para a população de Minas Gerais. Agora dia 13 de novembro o governador Aécio Neves vai inaugurar a nova linha de produção da FUNED, a FUNED produz da farmácia básica, dos 42 itens ela produz 37, mas ela teve uma crise e a nova direção da FUNED está reciclando, recuperando a alto estima do servidor na fundação colocando padrões técnicos, eu fui atrás dos melhores técnicos que estavam disponíveis para dirigir a FUNED, independente de qualquer outra variável, e dia 13 agora o governador Aécio Neves, nós investimos 2 milhões de reais este ano para integrar e concluir a fábrica e integrar com o que o ministro Serra tinha colocado 4 milhões e o ministro Umberto Costa está assinando, vai assinar convênios de novos investimentos na FUNED e nós colocamos R\$ 2 milhões do estado e com isso nós vamos duplicar a capacidade de produção da FUNED de 2 milhões unidades/dia para 4 milhões de unidades/dia tem uma evolução tecnológica um equipamento que foi importado da Alemanha só uma maquina que faz os comprimidos vai substituir fazendo mais que as 6 máquinas antigas, então é uma grande avanço de produção nós vamos partir para uma ação de apoio aos municípios, as comunidades locais na área de assistência farmacêutica. Na área de planejamento e coordenação eu acabei adiantando no que eu falava da rede assistencial da regionalização, já falei do PPI, do PDR e das estratégias do estado. Queria falar uma palavrinha muito rápida, mas muito importante sobre a questão dos recursos humanos, eu acompanhei como secretario de governo da prefeitura de Juiz de Fora, para como secretario de planejamento de Minas lá em Brasília no ministério das comunicações e ministério do meio ambiente acompanhei sempre de perto o SUS como curiosidade de um gestor e por perceber a importância do SUS para a sociedade brasileira, mas agora estou vivendo há 9 meses o dia-a-dia o coração do SUS e nós percebemos de todas as questões, para todas as questões vamos encontrar respostas. Nós podemos trabalhar a escassez de recursos, melhorar a produtividade dos recursos, o país vai volta a crescer, a situação fiscal dos diversos

governos vai melhorar, nós vamos ter mais dinheiro. Pode demorar 1 ano, 2 anos mas o Brasil vai entrar na rota saudável do crescimento econômico do aumento de renda da melhoria do perfil dos orçamentos públicos, vai reduzir os juros, vai ter mais espaço fiscal para fazer política pública, eu tenho fé e confiança na energia do povo brasileiro desse país. Mas uma coisa que eu não consegui até vê e esse é um desafio e é uma reflexão importante para a Conferência se debruçar sobre ela a questão de recursos humanos. É preciso primeiro desprecarizar as relações de trabalho, valorizar o profissional inclusive com um processo de educação permanente. Mas uma coisa me desafia e é um paradoxo em Minas, eu ainda não encontrei luz no final do túnel e é uma reflexão que a gente tem que ter. Além da formação adequada, que hoje a gente não tem e as universidades estão fazendo um grande esforço, aqui também o diretor do hospital escola de Uberlândia, diretor da Unimontes, há um grande esforço. A Unimontes é pioneira na formação, na pós-graduação, na residência de saúde da família. Aí a gente vai procurar o perfil do profissional de saúde da família nem sempre está disponível. Os salários ficaram mais atraentes, às vezes o profissional que se especializou demais não tem a habilidade para atuação generalista do médico da família. Assim também vai ser um grande desafio médico-regulador tem que ser um bamba, ele tem que ter experiência, personalidade forte e formação e conhecimento, porque ele vai ter que discutir com os colegas dele quando lá na região de Montes Claros, Bocaiúva ou Coração de Jesus tiver uma ocorrência e só tiver um leito de UTI ou a possibilidade de um leito quem vai dizer como vai ser ocupado é o médico regulador. Será que nós temos este perfil generalista e altamente experiente no mercado? Nós vamos ter que garimpar e achar. E o desafio maior para Minas que é tão vasta em seu território e tão diversa no ponto de vista econômico-social, o grande desafio que eu acho que temos que refletir é a questão da fixação dos profissionais, a desprecarização de trabalho ajuda, mas não resolve. Se melhorássemos as relações de trabalho a gente caminha na solução, mas é um grande desafio como nós vamos fixar o profissional nas pequenas cidades ou nas cidades mais pobres? Nós temos profissionais suficientes em Minas Gerais numa proporção razoável. Nós fazemos o paradoxo da equidade as cidades mais pobres no norte de Minas ou do Jequitinhonha é que pagam o maior salário no médico de família ou qualquer profissional. É a inversão da lógica da equidade, havia uma cidade no norte de Minas que queria uma cidade, não é uma cidade tão pequena, queria montar um Caps dentro da nova política de saúde mental, que é um grande avanço que ocorre no Brasil precisa também ser fortalecida e amadurecida ainda mais nessa



Conferência, na Conferência nacional. Mas o prefeito oferecia salário de oito chegou a 10 mil reais e não consegui um psiquiatra que fosse para lá e numa cidade de 80, 100 mil habitantes. Então este desafio, que o medico tem que residir, não pode ser aquela coisa do beija-flor que vai lá só para colher o pólen da flor e depois vai embora, porque a população tem que sentir o profissional enraizado e há uma dinâmica cultural econômica de mercado de trabalho que não é fácil de decifrar, não é um desafio fácil e todos os sindicatos dos profissionais de saúde, os delegados aqui, os conselhos municipais tem que pensar nesta questão. Nós temos que, nacionalmente, pensar nesta questão, porque não é só aqui no nordeste, na Amazônia, não é só Minas Gerais, Minas Gerais é uma síntese do Brasil, e é preciso a gente trabalhar isso.

E por último eu queria falar de regulamentação tecnológica. Nós temos que ter, porque é um habito a gente sempre quer, independente de qualquer coisa, o modismo do dia. A gente quer o estado da arte. Nós inda somos um país regularmente pobre e seja na hora de decidir equipamentos para os hospitais, seja na hora de fazer a abordagem dos protocolos clínicos a construção da política de assistência farmacêutica é preciso ter a sabedoria, o equilíbrio de achar o ponto exato onde as demandas da população a qualidade pretendida cruza com a capacidade de financiamento da sociedade brasileira, então a um culto ao *hightec*, a até uma cultura que o próprio usuário cobra do médico se ele não pede um exame, um velho medico experiente que faz o diagnostico clinico sem pedir tomografias, sem pedir exame ambulatorial mas convicto que ele está certo ele decepciona às vezes o usuário a uma cobrança ate pela demanda de que a gente faça a esmos antes de fazer a abordagem clinica tradicional ninguém quer tomografia, radiografia, toso mundo quer ressonância magnética é claro! É preciso ter uma correta regulação na questão tecnológica, esse também é um desafio é uma questão que nós estamos engatinhando no Brasil e em Minas Gerais, mas nos queremos estabelecer em conjunto e é uma reflexão que acho importante também estar aqui presente. Eu não quero cansá-los, vocês tem um longo trabalho amanhã, sábado e domingo, eu queria colocar, apesar de todas dificuldades.

Queria dar uma palavrinha sobre financiamento. A dificuldades conhecidas em Minas Gerais. Minas Gerais está quebrada a muitos anos. Um estado que tem dificuldades de pagar seu 13ºsalário ao longo dos últimos 8 anos, que devia ser uma coisa trivial, é uma despesa básica que não devia sair uma linha no jornal, e tem 8 anos desde o plano real que há o desequilíbrio financeiro que 13º do servidor é manchete. Isso não é razoável, é preciso reequilibrar as finanças, e esses desequilíbrios levaram ao

um sub-investimento, o país precisa como um todo investir mais, o Brasil ainda investe pouco hoje nós temos cerca, dos últimos dados que o Brasil gasta investe em saúde entre gasto públicos e privados \$ 200 dólares por ano por hab. Mesmo um país como Uruguai ou Argentina gastam \$ 500 a \$ 600 dólares. Então é preciso crescer o investimento publico e privado e principalmente publico. É preciso fortalecer as bases de financiamento do SUS. Mas o governo de Minas está fazendo um grande esforço, esse ainda foi um ano de ajuste, de arrumar a casa mais em 2002, no ultimo ano do ultimo governo foram investidos R\$ 513 milhões, esse ano serão investidos R\$ 580 milhões e ano que vem nós daremos um salto, nós incrementaremos o investimento estadual em 40% e teremos um orçamento de R\$ 813 milhões nas ações coordenadas pela Secretaria de Estadual da Saúde de Minas Gerais, e isso é que vai viabilizar o Programa Saúde em Casa, o farmácia de Minas, o Pró-hosp, isso é que vai viabilizar toda essa abordagem, esses programas que eu disse aqui. Eu quero apesar de todas as dificuldades, agente não pode admitir e tem que se indignar com cada vida perdida, nós não podemos perder uma vida sequer, seja por uma epidemia, seja por falta de leito de UTI, mas é preciso falar também, porque é até uma discussão fraterna uma construção da imagem constitucional do SUS que é de todo mundo. Não é de ninguém, não é de nenhum governo é da sociedade brasileira, nós temos que ter uma discussão fraterna, uma construção de conceito junto à mídia também, porque é muito fácil jogar poeira no ventilador em relação ao SUS. Que cada caso pontual onde faltam remédios a um falecimento inaceitável por falta de acesso a um leito hospitalar ou a uma cirurgia, se é verdade que é inaceitável é preciso falar do SUS que dá certo, do SUS que salva vidas, do SUS que avançou, do SUS que é essa conquista social inegável, que se agente julgar, como dizia o filosofo: “criança junto com a água suja do banho, se agente jogar fora, vamos estar dando asas, jogando água no moinho daqueles que querem derrotar o SUS. Isso a gente não pode admitir”.

Eu queria encerrar, todo mundo ir descansar. Desejar mais uma vez um bom trabalho, são muitas questões que envolvem a reflexão dessa Conferência, a gente pede a reflexão de todos os delegados sobre essa agenda, e esse programas todos que eu mencionei serão enriquecidos como o documento final da V Conferência Estadual de Saúde, porque a voz do SUS está presente neste salão e ela é quem vai nos guiar nos próximos anos. Uma boa noite a todos e muito obrigado.

## **Mesa Redonda – “GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL”.**

**Expositor:** Conceição Rezende  
Ministério da Saúde

**Debatedora:** Eliane Aparecida da Cruz  
Conselho Nacional de Saúde

**Debatedor:** José Maria Borges  
Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

**Debatedor:** Nicodemus de Arimathéia e Silva Júnior  
Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

**Moderador:** José Antônio da Cunha Melo  
Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

### **Representante do Ministério da Saúde, Sra. Conceição Rezende:**

Senhores e Senhoras, Delegados e Delegadas, usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviço,

Quero agradecer a Comissão Organizadora desta Conferência, pelo convite para participar dessa Mesa. Estou substituindo o Coordenador da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Dr. Eduardo Jorge, que não pode estar aqui. Com certeza, a nossa apresentação não vai substituir o que o Dr. Eduardo Jorge faria, mas farei todos os esforços para contribuir para que se atinjam os objetivos deste debate, nesta etapa mineira da 12ª Conferência.

Esse tema, Gestão Participativa e Controle Social, que foi proposto como eixo temático da 12ª Conferência Nacional de Saúde, precisa ser debatido nas Conferências Estaduais, assim como foi debatido nas Conferências Municipais, porque tem uma importância fundamental, para implementação do SUS no País, o que eu tentarei demonstrar durante a minha fala.

É importante ter claro que, historicamente no Brasil, nós vivenciamos uma democracia que se caracteriza, essencialmente, pela eleição de representantes que falam, decidem e agem em nosso nome. Esse tipo de democracia é o que a gente chama de democracia representativa. A experiência brasileira é de praticarmos a democracia representativa, ressaltando ainda, que vivemos durante muitos anos num processo de ditadura militar, onde nem a democracia representativa vigorava no país. De fato, nós não temos no Brasil uma longa história de Estado Democrático de Direito, de cultura de Estado Democrático de Direito. Nós temos um período muito pequeno na história dos

503 anos do Brasil de exercício pleno da cidadania, de prática da democracia participativa.

Partindo deste conceito, no Brasil, que teve várias Constituições, é muito importante resgatar que somente há 15 anos atrás, com a aprovação da Constituição de 1988, é que de fato criou-se mecanismos constitucionais que garantem não só o exercício pleno da democracia representativa, mas também o exercício da democracia que chamamos de participativa. A democracia participativa que nos referimos aqui, é aquela na qual além de elegermos os nossos governantes, sejam do poder executivo, sejam do poder legislativo, e até para dirigir entidades ou organizações, nós brasileiros enquanto cidadãos, também exercemos o nosso direito de participar das decisões no dia-a-dia e fiscalizar o exercício do trabalho parlamentar e o exercício do trabalho do Poder Executivo. Nós temos também, uma história recente de participação da população junto ao Poder Legislativo, uma história recentíssima de participação popular junto ao Poder Executivo e nós não temos uma história de participação junto ao Poder Judiciário. Então, essa história da Gestão Participativa e de Controle Social, nos diz respeito diretamente do funcionamento de um Estado Democrático de Direito, de fato, em implementação no País. E sobre essa avaliação sobre esse prisma que a gente gostaria de discutir com vocês a importância que cada um tem aqui nessa Conferência, aqui no Estado de Minas Gerais e que terão os delegados que vocês elegerem pra debater esse mesmo eixo temático lá na 12ª Conferência Nacional de Saúde. Mudar esse conceito de participação e de Controle Social significa romper barreiras implantadas na nossa cultura, na nossa cultura brasileira, na nossa sociedade. Os nossos governos sempre tiveram um conceito de cidadania que é o seguinte, quando você elege o governante, quando você elege o parlamentar, a idéia é que esses governantes e que esses parlamentares costuma ter é que a sociedade lhes deve respeito e não o contrário, que eles devem respeito à sociedade e, neste sentido, as nossas autoridades costumam pensar que o bom cidadão é aquele que cala diante da decisão do governo, que aceita as decisões do governo, que concorda com tudo o que o governo diz e que a população deve servir a esse governo e ter medo desse governo. Este foi o resultado que nós acumulamos, na nossa cultura. Nós temos uma cultura autoritária, temos uma cultura ditatorial, de não participação e não e só no Brasil. Essa nossa cultura é brasileira, é da América Latina e existe em vários países do mundo, mas esta prática precisa ser substituída pelo nosso direito indelegável de falar, de pensar diferente, discordar, de criticar, de construir juntos idéias e projetos, de negociar, de pactuar, de estabelecer

consensos, de estabelecer acordos e, principalmente, de fiscalizar ações dos governantes, enfim, cidadania, participação popular, gestão participativa, controle social é toda forma de participar, definir e decidir tudo aquilo que nos diz respeito, enquanto cidadãos. A democracia não pode ser entendida apenas como direito de votar e esperar o eleito para realizar aquilo que esperamos.

Foi com estas idéias de democracia que o movimento sanitário brasileiro, usuários do sistema de saúde, trabalhadores do sistema, pessoas das universidades, gestores e estudantes da área de saúde, realizaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde nesse País. O papel mais importante dessas Conferências e dos Conselhos de Saúde deve ser, principalmente, o de implementar a democracia, de fato participativa, na definição, na implementação, no acompanhamento e na fiscalização das políticas de saúde. No Brasil, nós temos uma diferença do setor saúde em relação às outras políticas públicas. As Conferências de Saúde deliberam sobre as diretrizes das políticas governamentais e os Conselhos de Saúde deliberam sobre a implementação, a fiscalização e a aprovação das contas públicas dos gestores e isso faz uma diferença em relação à forma de participação popular no controle de políticas públicas. Por serem deliberativos a sociedade, através das Conferências e dos Conselhos de Saúde, pode de forma permanente avaliar, opinar, decidir, acompanhar e fiscalizar as políticas de saúde de forma contínua, de forma permanente, porque a cada quatro anos ou dois anos, de acordo com a lei, as Conferências traçam as diretrizes, mas os Conselhos de Saúde devem se reunir ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e, nesses casos, sendo deliberativos, tem o papel de decidir sobre a política, sobre o acompanhamento e sobre a prestação de contas dos governantes.

Em 1988, pela proclamação da nova Constituição, assegurou-se a organização de um Estado Democrático de Direito no Brasil e isto traduzia os anseios da nossa sociedade na época. Então, além de assegurar direitos naquela Constituição, a idéia dominante que se tinha era de que, ao invés do Estado controlar a sociedade (prática do período ditatorial), a sociedade brasileira deveria controlar o Estado. Além de assegurar isso, o movimento sanitário organizado soube transformar aquele ideário político em uma das mais importantes reformas do Estado brasileiro.

O que é então o controle social nos dias de hoje? Hoje, o Controle Social é o controle da sociedade sobre a ação do Estado, exercido pelo conjunto da sociedade organizada, não permitindo que o Estado nos controle, que o Estado controle os nossos atos quando tratamos de defender e praticar nossos direitos de cidadania. Uma

sociedade, quando se dispõe a controlar o Estado, tem como um dos pressupostos fundamentais, além de instituir espaço democrático de diálogo, a defesa do bem comum e dos interesses coletivos. Eu não posso ser um Conselheiro de Saúde que, embora a população acesse os serviços de saúde por uma fila, eu vá atrás do Secretário pra tentar ganhar o meu exame médico, a minha consulta agendada, o meu medicamento. O Controle Social sob uma política pública, significa defender interesses coletivos, significa defender interesses comuns, interesses que beneficiem o conjunto da sociedade. Quando eu defendo uma política que beneficia a todos, conseqüentemente, os meus interesses individuais também estarão garantidos.

Democratizar o Estado implica em reconhecer que na nossa sociedade existem interesses diferentes e contraditórios. Esse reconhecimento se materializa na construção de canais, mecanismos e instrumentos que facilitam a expressão dessas múltiplas demandas e de espaços de negociação. A democracia não significa a imposição dos meus interesses sobre os dos outros. A democracia significa negociação, a construção de acordos e a prevalência dos interesses da maioria sobre os interesses das minorias.

Nenhum gestor do Sistema Único de Saúde, hoje, é senhor absoluto de suas decisões. Ele deve ouvir a população e submeter as suas ações ao controle da sociedade. Nenhum gestor do SUS, em qualquer esfera de governo, do Ministro ao Secretário de Saúde, pode se recusar a constituir esses Fóruns, pois assim estaria desrespeitando a Constituição Brasileira. As Conferências de Saúde devem ser o fórum máximo para o estabelecimento de diretrizes, para as políticas de saúde a ser implementadas no nível nacional, estadual e municipal.

A responsabilidade pela implementação do SUS no Brasil é dos gestores da saúde. A responsabilidade pela implementação da política nacional de saúde é do Ministro, hoje Humberto Costa, do Secretário de Estado no Estado de Minas e, nos municípios, é dos Gestores Municipais, mas a sociedade brasileira não pode abrir mão de definir quais as diretrizes ela deseja para a política nacional, para a política estadual e para as políticas municipais, de acompanhar e de fiscalizar a execução, inclusive do orçamento, a elaboração do plano plurianual, a lei de diretrizes orçamentárias e a lei orçamentária anual e acompanhar os Relatórios de Gestão dos municípios, do Estado e da União. Isto é competência da sociedade civil organizada, dos Conselhos de Saúde e das Conferências. É importantíssimo lembrar, agora, que a 1ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação da Sociedade Civil, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que também foi coordenada pelo Dr. Sérgio Arouca que, infelizmente, não pode

terminar de coordenar o processo de realização da 12<sup>a</sup>, mas foi a primeira Conferência que teve a participação popular. Na 8<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferência, apesar de ter contado com a participação da sociedade organizada, não tivemos, no Poder Executivo, a decisão política de implementar as suas deliberações. No Brasil, desde a 8<sup>a</sup> Conferência Nacional, em 1986, que se deliberou que teríamos o Sistema Único de Saúde. A Assembléia Nacional Constituinte acatou as deliberações da 8<sup>a</sup> Conferência e instituiu o SUS que está inscrito na Constituição Brasileira de 1988. A partir daí, apesar de promovermos uma mobilização imensa no País para realizarmos a 9<sup>a</sup> Conferência, ela só aconteceu seis anos depois da 8<sup>a</sup>. Para realizarmos a 10<sup>a</sup> e a 11<sup>a</sup> também realizamos mobilizações. Mas não tivemos governantes que dessem continuidade ao processo, com a implementação das resoluções dessas Conferências e eu preciso registrar aqui, que é a primeira vez na história deste País, que um Governo Federal coloca as suas propostas de governo sob apreciação de uma Conferência Nacional. O Governo Brasileiro, dirigido pelo Presidente Lula, antecipou o período previsto de quatro anos, entre uma Conferência e outra, para realizar a 12<sup>a</sup> Conferência e a está realizando porque é necessário que as suas diretrizes pautem o Plano Nacional de Saúde e entrem no Plano Plurianual, nos orçamentos e que as suas deliberações pautem a ação do Ministério da Saúde nos próximos anos. É fundamental ter claro que as dificuldades para implementar as decisões das Conferências passam pelo tipo de Governo que nós temos. Por exemplo, é a primeira vez nesse País que, no primeiro ano de Governo, realizam-se oito Conferências Nacionais sobre as mais diferentes políticas públicas, convocadas pelo Poder Executivo Federal.

Aqui nesse fórum deve ter pessoas que participaram, recentemente, por exemplo, da primeira Conferência Nacional das Cidades e tiveram a oportunidade de ver que, quando um Governo decide submeter o seu projeto político à apreciação da sociedade, o ambiente respira democracia, a solidariedade impera no coletivo social e somos capazes de decidir, colocando os interesses coletivos acima dos interesses individuais ou de grupos.

É fundamental que tenhamos clareza de que a Conferência Nacional de Saúde é parte de uma diretriz de controle da sociedade sobre o Estado e que a Gestão Participativa inclui alguns conceitos fundamentais. O que é Gestão? Gestão são os atos de planejar, operar, controlar, avaliar e de auditar o sistema de saúde, pelo administrador público, o gestor do SUS. A Gestão Participativa significa que o Governo, interna e externamente, debata com os mais diferentes setores, realizando um

planejamento ascendente, desde a unidade de saúde ou serviço local, as ações intermediárias ou uma ação finalística. Um governo democrático municipal, estadual ou nacional promove o debate do seu projeto de governo com a sociedade, mas também no local de trabalho com as pessoas que devem executar tal projeto. Debate nas Conferências, mas também, em fóruns colegiados de trabalhadores. O governante que opera uma gestão colegiada escutando os diferentes atores sociais, como os trabalhadores da área da saúde, os usuários do sistema, entre outros, pratica uma certa forma de acolhimento, de gestão acolhedora, pelo seu ato de ouvir o outro, o que está em um lugar diferente, o que opera com outras necessidades e interesses, o que complementa enfim, o arcabouço necessário à implementação de determinado projeto.

O Controle Social não irá funcionar sem estrutura. É fundamental que os municípios, que o Estado garanta estrutura de funcionamento para os respectivos Conselhos. Não é possível um Controle Social do sistema de saúde sem que os Conselhos decidam sobre suas reuniões, deliberem, não tenham poder de convocatória de suas reuniões, não possui telefone, computador, funcionários, assessoria, condições mínimas para funcionar... Isto é central para o funcionamento de Controle Social. É preciso que os gestores divulguem as informações sobre o sistema para que os usuários decidam. Não tem Controle Social sem democratizar a informação. Os Conselheiros, os Delegados de uma Conferência precisam ter dados, ter informações. O Gestor precisa instituir mecanismos de escuta do cidadão. É necessário que se implementem as ouvidorias, que se estabeleçam mecanismos e fluxos para ouvir e encaminhar soluções. É preciso que os Conselheiros de Saúde representem os seus seguimentos, mas dialoguem com eles porque, do contrário, elegemos o delegado e não sabemos o que ele defende, o delegado precisa levar para as Conferências aquilo que o seu seguimento defende. É preciso da publicidade aos atos e propostas, é preciso dar visibilidade à gestão pública e às ações dos Conselheiros e dos delegados. É necessário que haja processos de avaliação sobre a ação dos Delegados e a ação dos Conselheiros.

É preciso avaliar a dimensão da participação da sociedade na definição das políticas públicas. Vou dar um exemplo pra encerrar: estamos vivendo um momento de aprovação dos orçamentos da área da saúde. Todos vocês estão sabendo, todos são delegados ouviram isso em várias Conferências Municipais, mas existiu uma proposta no projeto de lei de diretrizes orçamentárias do governo federal, que não permitia o cumprimento da Emenda Constitucional 29, assim como, no orçamento do Estado de Minas Gerais. No processo Federal, foi a manifestação da sociedade, do Conselho



Nacional de Saúde e do Congresso Nacional, que sensibilizou o Governo Lula a mudar de opinião solicitar que a equipe econômica refizesse o orçamento para atender o mandamento constitucional. Isto demonstrou sensibilidade para escutar a sociedade brasileira acerca das políticas públicas de saúde. Aqui em Minas Gerais, nós esperamos que esta Conferência tome posições, que o Conselho Estadual de Saúde, que a Assembléia Legislativa, que a Frente Parlamentar criada aqui no Estado, também faça o governo Aécio Neves recuar e respeitar o direito da sociedade definir sobre os orçamentos da saúde nesse País.

Foi com muita alegria que eu vim aqui falar com vocês. Desejo boa sorte, um bom trabalho e que os delegados desta Conferência, que forem escolhidos para ir para a 12ª, tenham clareza do papel que desempenham junto aos seguimentos que representam, sobre o coletivo da saúde de Minas Gerais e o papel histórico que tem diante do projeto de saúde do governo Lula. Faremos desta 12ª Conferência um marco histórico. Precisamos avançar na implementação do SUS, caminhar a passos largos para chegar o mais rápido possível onde queremos, construir uma verdadeira democracia e garantir que esse País seja um verdadeiro Estado Democrático de Direito.

**Representante do Conselho Nacional de Saúde, Sra. Eliane Aparecida da Cruz:**

Agradeço o convite para falar na V Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais sobre um tema que perpassa a nossa vida, que é o Controle Social no SUS. Também agradeço a indicação da Coordenação do Conselho Nacional de Saúde para falar nesta Conferência, pois sou a Secretária Executiva do Conselho.

Quando penso nas políticas de implementação do SUS, destaco quatro pilares: o modelo de atenção que a gente quer pra nossa cidade, pro nosso bairro, pro nosso Estado; como financiar esse modelo que aprovamos nos Conselhos a cada ano; como os trabalhadores da saúde vão operar esse sistema; e como controlar, fiscalizar os serviços através dos Conselhos de Saúde.

Durante todo o tempo de existência do SUS, vivemos mudanças. Por exemplo, hoje é freqüente discutir o Programa de Saúde da Família nos municípios, é um debate do modelo assistencial. Há quinze anos atrás talvez a única coisa que operava de fato nos municípios era um Pronto Socorro. Hoje a situação é diferente, mas é sempre necessário que nossos conselhos façam o diagnóstico, proponham as ações de saúde, o financiamento, dêem atenção ao trabalho e ao controle social. É triste que em alguns Conselhos Municipais de Saúde a única coisa que acontece na reunião é um

retroprojetor, com apresentação de diversas tabelas com siglas e a pressão para que o Conselho aprove as propostas dos gestores senão não vai receber dinheiro. Essa é hoje a pior situação que a gente vive nos Conselhos Municipais em todo o país. Para ser Conselheiro não precisa ser técnico, tem que representar o nosso bairro, nosso segmento. Parabenizo aqueles que não vivem essa situação, pois conseguiram sair de uma situação que a maior parte dos 5.500 municípios vivem hoje no país.

Temos muitos avanços: hoje no Brasil existem cem mil Conselheiros de Saúde; temos uma legislação e normas que trabalham em favor do Controle Social; a capacidade de deliberação dos Conselhos de Saúde cresceu ainda que com dificuldades. Outra grande vitória é a construção da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, que de 1997 a 2000 reunia a cada três meses em Brasília de 400 a 500 pessoas para pressionar o Congresso Nacional pela aprovação da Emenda Constitucional 29. A aprovação em 2000 foi fruto da mobilização social e do trabalho dos Conselheiros que se dirigiam sempre a Brasília, ao Congresso e ao gabinete de cada um dos Deputados pra defender a PEC 169.

Dentre as dificuldades cito as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, que embora não sejam deliberativas, muitas vezes deliberam antes da questão chegar aos Conselhos Estaduais e Nacional. Essa é uma dificuldade que vamos ter que enfrentar, que debater. Não podemos esquecer que na 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, boa parte do país queria que o tema da Conferência fosse Controle Social. Infelizmente, foi escolhido um tema muito disperso que não gerou uma bandeira, um movimento articulado do país em torno de questões de construção e de valorização do SUS.

Gostaria de apresentar pra vocês as questões do Conselho Nacional de Saúde. Nesse ano foi feita a recomposição, onde foi cumprida a Resolução 33. Os novos conselheiros tomaram posse em 1º de setembro, com mandato de apenas 18 meses (e não de quatro anos). Isso porque nesses 18 meses o Conselho tem o compromisso de preparar um Estatuto eleitoral que garanta que os seus membros sejam eleitos pela sociedade, evoluindo no processo eleitoral que temos desde 1990.

Hoje no Conselho Nacional ouvimos as dúvidas que chegam dos municípios e dos estados: quem representa quem? As entidades que mobilizam recursos do SUS pra fazer assistência podem representar os usuários? Os conselhos de fiscalização de exercício profissional podem representar os trabalhadores? Os trabalhadores, quando indicados por uma entidade de usuários, podem de fato representar esses usuários? Os

agentes comunitários de saúde representam os trabalhadores ou representam os usuários, dado o formato de contratação em cada um desses municípios? As entidades que vão participar dos Conselhos têm que ser absolutamente legais, com Estatuto e CGC, ou pode-se considerar que existem algumas que apesar de não serem legais são legítimas? Vereadores e deputados podem compor os Conselhos? Essas perguntas têm perpassado as composições dos Conselhos e o Conselho Nacional tomou para si o debate pra compor o seu Estatuto Eleitoral. Mas isso não é hierárquico: o Conselho Nacional tem o seu Estatuto, e cada conselho estadual e municipal compõe o seu. No entanto, esse conjunto de questões é importante pro debate que será feito no próximo período.

Outra questão é a eleição dos Conselhos de Saúde, qual o melhor formato de eleger o Conselho? Pela nossa experiência, percebemos que a maior parte das eleições ocorridas durante as Conferências tem tirado da Conferência o caráter de debate sobre a política de saúde e transferido para um processo eleitoral.

Acho importante registrar que temos tido a participação do Ministro Humberto Costa em todas as reuniões do Conselho Nacional de Saúde, demonstrando a responsabilidade efetiva do governo federal com relação ao Conselho Nacional.

Gostaria de concordar com a Conceição sobre a vitória do movimento social em relação à Emenda Constitucional 29 no que tange ao orçamento federal, mas a luta continua. Ainda temos 27 estados e 5.500 municípios basicamente com o mesmo problema. A governadora do Rio de Janeiro, Rosinha Mateus, entrou com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) contra o Conselho Nacional de Saúde questionando junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) o seu poder deliberativo. Essa ação compromete todo o sistema de Controle Social e da Democracia Participativa dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e de outras áreas. Como reação, o Conselho Nacional está promovendo uma campanha que se chama “Amigos da Causa”, pela qual cada um dos Conselhos e das entidades aqui presentes poderão participar dizendo para os Ministros do STF sobre a importância do Controle Social.

Para terminar, espero que façamos na 12ª Conferência Nacional de Saúde um bom debate sobre qual o Sistema Único de Saúde que queremos, porque é ele que vai orientar o Plano Nacional de Saúde e onde serão gastos os recursos pelos quais a gente lutando até agora, pelos quais a gente trabalhou pra ter conquistar. Nós que somos trabalhadores de saúde, governo e usuários temos a tarefa política de reabrir o debate sobre o que é o SUS, pois nem toda a sociedade sabe o que é o SUS. O Conselho

Nacional deliberou durante o debate sobre o Plano Plurianual 2004-2007 realizar uma campanha em defesa do SUS. É uma tarefa essencial que o CNS realizará. Agradeço e espero ter contribuído com essas informações.

**Sub-secretário de Políticas e Ações de Saúde, Sr. José Maria Borges:**

Eu queria cumprimentar a todos os delegados e convidados desse imenso Plenário que já de início nos garante o sucesso dessa V Conferência. Ao cumprimentá-los queira parabenizar a todos pelo grande esforço de estar aqui presentes. A segunda questão eu queria justificar a minha presença nesse debate e não a do Dr. Antônio Jorge, companheiro da Secretaria Estadual de Saúde. A ausência dele, na verdade, deve-se mais a mim do que a ele. Como participante da organização do evento, não consegui acertar com ele uma data antes que assumisse outros compromissos. Portanto, ao companheiro Antônio Jorge as minhas justificativas. Queria em seguida cumprimentar aos companheiros da mesa, na pessoa do Zé Antônio que coordena essa mesa tão importante pra o SUS. Queria saudar particularmente a Conceição Rezende, companheira de muitos e muitos anos na luta da defesa intransigente de um sistema público, de um SUS de qualidade pra todos. Pretendo, na verdade, restringir a minha fala ao compromisso do debatedor. Não tenho nenhuma dúvida, nenhuma razão para discordância com aquilo que a Conceição expôs. A fala da Conceição expressa com certeza o desejo de todos nós, que queremos construir um SUS de qualidade, um SUS pra todos, com equidade social. Entretanto, gostaria de chamar atenção para alguns pontos. Na verdade, pontos polêmicos e que não poderia, na discussão que vai se seguir nesse Plenário, deixar de estar contemplando. Primeiro, queria apenas expressar que o meu compromisso social, pessoal é com a participação da sociedade no controle do Sistema Único de Saúde. Belo Horizonte foi a primeira capital do Brasil a criar o seu Conselho Municipal de Saúde e eu tenho uma honra muito grande de, naquele momento, ter sido o Secretario Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. Portanto, eu experimentei nesses últimos vinte anos ou um pouco mais de militância na saúde, posições diversas, de estar representado o trabalhador, o servidor, o usuário e também representando o gestor. Não há pra mim, nenhuma dúvida que sem um Controle Social efetivo, nós não lograremos estar caminhando de forma permanente e decidida pro SUS que todos nós almejamos. Entretanto não há como negar algumas dificuldades entre os dispositivos legais e o cumprimento da Lei. Conselhos, Gestores, executivos de saúde têm dificuldades na interpretação de seus papéis. Muito disso foi

falado aqui ontem pelo Sr. Ministro, pelo Secretario de Saúde. Entre o nosso desejo, aquilo que nós esperamos conseguir e o que, num determinado momento histórico, nós podemos estar efetivando, conseguindo consolidar, há um abismo. Não tem sido infrequente, incompreensões entre o papel do Controle Social, o que a legislação estabelece como competência dos Conselhos no controle social e o papel do gestor. Não há como negar que, ocasionalmente, ou com uma freqüência até razoável, conflito de interesses. Na verdade, é preciso que a representação da sociedade, através dos Conselhos, seja treinada, seja instrumentalizada com mecanismos que permitam de fato, à sociedade ou mesmo ao cidadão comum, participar no devido controle, na devida pressão, que muitas vezes necessita ser feita, pra que as políticas de saúde, os compromissos estabelecidos nos planos pluri-anuais e nos planos anuais, expressas nos orçamentos, possam estar efetivamente sendo avaliados, analisados e cobrados. O momento por que passa o país (municípios, estados e a própria União) em termos de receitas fiscais não tem permitido, de nenhuma forma, que o financiamento da saúde contemple, efetivamente, nem com o mínimo daquilo que nós desejamos. Isso tem sido uma permanente dificuldade de estarmos, todos nós, unidos na tentativa da construção daquilo que é o nosso desejo. O papel fiscalizador dos Conselhos, eu concordo inteiramente com a Conceição, tem que ser efetivamente exercido. É através dele que vamos ter a garantia do cumprimento dos dispositivos legais. Mas é preciso também, procedermos com a necessária prudência pra não permanecermos numa polêmica indefinida, deixando de aproveitar, historicamente, condições que se pactuadas nos levariam a avanços significativos no cumprimento da tarefa de todos nós: Executivos e Conselhos. É mister ter a cabeça fria e sem abdicar do seu papel, cada um de nós, perseguir o ideal comum da sociedade justa que almejamos. Não é possível que num determinado momento, por uma questão menor ou por uma questão que possa ser programada, adiada, nós, pura e simplesmente, empecemos de forma definitiva a consecução de políticas e ações de saúde serem alcançadas, mesmo que não seja na sua integridade, mas num percentual que ajude, faça com que o sistema avance e que cada dia a gente possa cumprir parcela do nosso compromisso social. Nesse momento, na realidade, imagino eu que, a maior das nossas dificuldades é com o financiamento. Nós vamos ter que discuti-lo aqui nessa V Conferência e na 12ª Conferência Nacional, para acharmos a melhor solução, o maior volume de recursos possíveis, nesse momento de dificuldades dos orçamentos fiscais, nas três esferas do governo, a que possamos, definidos esses recursos, estabelecermos juntos, políticas conseqüentes, que bem

executadas, nos permitam avançar. Nós temos a responsabilidade social de estar respondendo às demandas da população. É esse o contraponto, sem divergência, que eu queria colocar na fala da Conceição como debatedor, e solicitar ao Plenário da Conferência, que com muita serenidade, com muito discernimento, aponte caminhos que sejam, não a meta final que nós possamos conseguir ao longo do tempo, mas aquilo que possamos realizar em cada momento, em cada governo. Muito obrigado.

## **PROPOSTAS ESTADUAIS**

### **EIXO 1 - DIREITO À SAÚDE**

- 1- Uma saúde igual para todos, garantindo a universalidade e integração entre municípios e estados, com qualidade nos serviços e ação de saúde junto aos setores que executam ou produzem saúde, trabalho, emprego, saneamento, meio ambiente, segurança pública, educação, ciência e tecnologia, políticas econômicas dentre outras.
- 2- Melhorar e garantir a distribuição de renda com mais aplicação de recursos, geração de trabalho e emprego em todas as áreas sociais, proporcionando melhor qualidade de vida à população, Repasses fundo a fundo, cumprindo as legislações pertinentes a cada área, com controle social e fiscalização permanente pelos Conselhos de Saúde com ampla divulgação.
- 3- Garantir mediante a participação efetiva dos Conselhos de Saúde, a orientação dos trabalhos das Secretarias de Saúde sustentado nas diretrizes legais do SUS, de forma que haja continuidade das ações, independentemente da mudança do gestor e equipe, com capacitação e qualificação dos mesmos, sem intervenção de indicações partidária.
- 4- Fazer a reforma tributária ampla, possibilitando maiores recursos ao município para que o mesmo possa implementar ações de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.
- 5- Alimentos transgênicos: revogar todos os dispositivos legais que permitam seu plantio, mantendo a proibição de plantio, comércio e transporte e distribuição, punindo criminalmente os infratores.
- 6- Microondas: cumprir a legislação existente ao tocante a instalação de antenas de telefonia celular em áreas residenciais e outras, visto que, já existem tecnologias que possibilitam essa distância e que as pesquisas comprovam que essas antenas são prejudiciais à saúde.
- 7- Incorporação das políticas que têm como ponto de partida as patologias referentes da raça negra.
- 8- Garantir o Tratamento fora de Domicílio (TFD) a todos os usuários do SUS em todos os níveis de atendimento (média e alta complexidade) quando necessário.
- 9- Garantir compra do medicamento Imiglucerase para tratamento ininterrupto do portador da doença Gaucher, de forma a não comprometer a qualidade de vida e até garantir a própria vida.
- 10- Criar bancos de dados, Comitês Estaduais de Especialistas e Centros de Referência Estaduais para avaliação tratamento e acompanhamento dos portadores da doença de Gaucher.

### **EIXO 2 - A SEGURIDADE SOCIAL E A SAÚDE**

- 11- Melhorar a interlocução com a Seguridade Social, na discussão do direito previdenciário, assistência social e trabalho junto à sociedade com os Conselhos de Saúde e de Previdência Social, garantindo lotação do Assistente Social nas unidades de saúde onde exista atendimento especializado.
- 12- Garantir no quadro do SUS o número de profissionais suficientes para atendimento de toda a demanda da assistência social e da reabilitação.
- 13- Que a prevenção e tratamento das vítimas dos acidentes domésticos sejam incorporados pela Secretaria de Vigilância Ambiental nas três esferas do

governo e pelo SUS e que os acidentados, mesmo que não tenham contribuído para o INSS, recebam o auxílio benefício.

- 14- Dotar e equipar as micro regiões criadas pelo Estado no sistema de regionalização com bancos de sangue, mamógrafos, ultra-som, raios X, tomografia e laboratório de análises clínicas, conforme PDI em caráter de urgência.

### **EIXO 3 - INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE**

- 15- Fazer diagnóstico intersetorial por território visando a promoção a saúde e a descentralização das ações, assegurando recursos específicos por setor e garantindo o repasse dos recursos do Estado aos Municípios.
- 16- Garantir a presença de grupos intersetoriais nas conferências.
- 17- Garantir a incorporação nos currículos escolares, em todos os níveis de ensino, de conteúdos didáticos que garantam o conhecimento sobre o SUS, seguridade social, educação sexual e demais temas relativos à saúde da população.
- 18- Integrar as unidades básicas de saúde às escolas, implantando projetos educativos e alimentares com a orientação de nutricionistas e assistentes sociais.
- 19- Propor ações intersetoriais objetivando combater o uso de drogas lícitas e ilícitas (álcool e fumo) e a redução de danos as várias formas de violência doméstica, contra a mulher, contra menores, usuários e trabalhadores de saúde.
- 20- Reforçar a necessidade de um trabalho intersetorial com objetivo da melhoria da qualidade da prestação dos serviços e conseqüentemente aumentando a resolutividade.
- 21- Proporcionar e estimular as instituições de ensino superior na implantação do estágio rural, abrangendo as diversas áreas da saúde, e que essa ação seja desenvolvida prioritariamente pelas instituições públicas.
- 22- Exigir o cumprimento da lei 8080/90, que dispõe sobre a obrigatoriedade das Instituições Públicas de ensino superior e os serviços de saúde de promoverem de maneira articulada as atividades de ensino, pesquisa e extensão nos diversos níveis de atenção a saúde da população abrangendo as diferentes áreas da saúde.
- 23- Em parceria com a Secretaria Estadual de Educação, reformular a grade curricular garantindo a inserção de disciplinas “Atenção Básica e Saúde da Família” para formação de profissionais da saúde com visão holística, bem como incluir a temática do SUS nos cursos de ciências humanas e os relacionados com a área de saúde.
- 24- Garantir a intersetorialidade na implantação e implementação de uma agenda intersetorial de governo para a saúde da população com articulação entre as Secretarias do Governo, ONGS, Município, entidades de classe, empresas, hospitais e outros, para investimento em programas de saúde numa ação mais global.
- 25- Incluir no currículo de formação de profissionais de saúde o tema sobre diversidade étnica, cultural e racial do povo brasileiro.
- 26- Exigir dos órgãos competentes nos três níveis do governo, efetiva assistência farmacêutica. Integrar todas as etapas do processo, prescrição, dispensação, comercialização de medicamentos. Garantir vigilância sanitária e epidemiológica eficiente pelos órgãos competentes, buscando mecanismos que iniba a dispensação e venda de medicamentos a menores de dezesseis anos.
- 27- Inserir nos cursos de formação dos profissionais de saúde a matéria: “Qualidade no atendimento e cidadania” – Direitos e Deveres.
- 28- Criar fóruns permanentes de discussão das políticas públicas intersetoriais de saúde.



- 29- Estimular o trabalho intersetorial das ações de saúde para que haja uma efetiva promoção de saúde (saneamento, emprego, lazer, etc.).
- 30- Envolvimento dos Órgãos de educação e saúde das três esferas de Governo em um trabalho conjunto, com o objetivo de promover ações educativas e orientativas visando resgatar a qualidade de vida da população, com a participação da sociedade e dos conselhos nos três níveis.
- 31- Incluir na grade curricular em caráter permanente conteúdo temático de Vigilância da Saúde (Educação Sanitária, Educação Ambiental), para promover e proteger a saúde da população.

#### **EIXO 4 - AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS**

- 32- Ter um pólo de capacitação do Ministério da Saúde na microrregião do Vale do Aço.
- 33- Cumprimento dos convênios firmados entre o Estado e os Municípios.
- 34- Determinação de cumprimento do pacto pelos gestores das Cidades Pólos.
- 35- Garantir a apreciação do projeto de lei – Fundação Instituto Mineiro de Alta Complexidade.
- 36- Pleitear a continuação do Pró-Hosp e a reavaliação dos recursos destinados ao hospital local.
- 37- Garantir a distribuição regular e ininterrupta, dos medicamentos essenciais, órtese e prótese e insumos farmacêuticos e correlatos (materiais de autocontrole e auto aplicação de medicamentos) de uso contínuo ou prolongado, pelos portadores de patologias, garantindo a entrega pela Secretaria Municipal de Saúde, diretamente aos pacientes cadastrados ou aos seus responsáveis.
- 38- Reavaliar os critérios estabelecidos nas micro regiões de saúde, no que diz respeito à distância levando em consideração o melhor acesso para o usuário
- 39- Que a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) cumpra todos programas de medicamentos essenciais.
- 40- Que seja assegurado UTIs Móveis para as sedes de micro regiões e cidades de médio e grande porte, que tenham condições de mantê-las, sendo referência para os municípios de pequeno porte.
- 41- Ambulância para cidades de pequeno porte.
- 42- Implantação de unidades de saúde móveis adequadas a realidade de municípios de baixa e média complexidade.
- 43- Implementação e efetivação da PPI com garantia de recursos financeiros, dando acesso aos usuários a média e alta complexidade e reestruturação das micros e macros regiões imediatamente, e referências interestaduais.
- 44- Revisão dos parâmetros dos exames de média e alta complexidade considerando a demanda reprimida no sistema, no sentido de viabilizar o acesso para todos os usuários que de fato necessitem de tais exames.
- 45- Exigir que os procedimentos não pactuados na PPI-2003, devido ao descumprimento do Plano Diretor de Investimentos, sejam realizados pelo Estado, nas regiões assistenciais, evitando que os pacientes tenham que se deslocar para Belo Horizonte.
- 46- Que a Secretaria de Estado de Saúde e o Ministério da Saúde garantam acesso a cirurgias de alta/média complexidade.
- 47- Exigir a eficiência da FUNED no cumprimento dos compromissos assumidos, no tocante á quantidade, qualidade e prazos pactuados, para o fornecimento de medicamentos, melhorando o acesso da população usuária e cumprir os compromissos em atraso.

- 48- Melhorar os instrumentos de controle dos Municípios e do Estado sobre os programas de pactuação entre os municípios, criando a capacidade de discussão e a negociação das atividades excedentes realizadas pelo município de referência.
- 49- Busca do efetivo funcionamento da PPI, dando condições às cidades-pólo e sede de micro que assumam as referências, cumprindo efetivamente o planejamento.
- 50- Elaborar estudos de viabilidade técnica e administrativa para divisão da DADS Governador Valadares - MG com objetivo de redução do número de municípios.
- 51- Implementar o PDI para que os municípios habilitados na Gestão Plena de Atenção Básica possam assumir todas as responsabilidades preconizadas na NOAS/SUS-01/02.
- 52- Que o Estado e o Município elaborem anualmente o Programa de Educação e Saúde e mobilização social.
- 53- Reconhecimento como categoria profissional em âmbito nacional dos trabalhadores em controle de zoonoses (Agentes Locais de Vigilância em Saúde).
- 54- Implantar nas DADS centro de apoio e de reabilitação profissional dotado de equipe multidisciplinar para encaminhamento de pacientes crônicos.
- 55- Criação da Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde – DADS, em Caratinga (região que atinge mais ou menos 250.000 usuários e abrange 15 municípios)
- 56- Consolidar o município de Monte Azul com sede microrregional, aumentando a complexidade de serviços instalados para suporte das referências de outros municípios.
- 57- Criação da Central de Regulação Regional, com médico regulador, com a volta do percentual de 8% para internação.
- 58- Consolidar a transferência do Pronto Atendimento para o Hospital Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB/FHEMIG) com capacitação de todos os profissionais.
- 59- Priorizar a região do Vale do Jequitinhonha para estruturação de atendimento terciário, caso contrário, que haja investimento necessário, por parte do Estado, na sede do macro de Teófilo Otoni para atendimento ao Vale do Jequitinhonha e Mucuri.
- 60- Que o Conselho Estadual de Saúde reveja Diamantina como sede de macro para o Vale, uma vez que não representa referência de atendimento para o médio e baixo Jequitinhonha devido a dificuldade de acesso.
- 61- Colocar em funcionamento o Hospital Regional de Barbacena, com sua UTI e bloco cirúrgico com a máxima urgência.
- 62- Que todos os recursos da União, Estado e Município destinados a saúde, sejam depositados em conta do Fundo Municipal de Saúde.
- 63- Moralizar a efetivação dos programas da União e do Estado desenvolvidos pelos municípios.
- 64- Garantir o cumprimento das propostas votadas e aprovadas nas Conferências de Saúde através da pactuação entre as três esferas governamentais.
- 65- Fazer valer os serviços de auditoria para fiscalizar a rede de saúde
- 66- Que sejam viabilizadas uma maior integração e agilidade de ações entre as três esferas do governo para que haja uma melhoria significativa da assistência.
- 67- Dinamização e ampliação do processo de negociação e pactuação vigentes nas comissões intergestores, propiciando o avanço na reorganização da saúde, atendendo aos requisitos de racionalidade econômica e de efetividade na atenção, respeitadas as diversidades regionais, garantindo dessa forma a reavaliação dos valores financeiros pactuados.

- 68- Ampliação junto ao SUS de 3 (três), para o mínimo de 7 (sete) dias, na cobertura do procedimento para desintoxicação da dependência química em pacientes internados.
- 69- Que todos os hospitais credenciados pelo SUS ampliem o número de leitos e de vagas no CTI para melhor atendimento aos usuários.
- 70- Implementação de políticas de financiamento, visando a oferta de maior número de consultas especializadas, de acordo com a realidade da população.
- 71- Implementação dos princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica – NOB, de Recursos Humanos nas três esferas políticas. Maior articulação entre os níveis municipal, estadual e federal, com participação efetiva dos municípios nas decisões dos níveis superiores.
- 72- Exigir das outras esferas do Governo o cumprimento da Pactuação feita com o Município quanto ao atendimento da cesta básica de medicamentos e fornecimento de remédios excepcionais aos usuários do SUS.
- 73- Agilizar a habilitação e a efetivação (conforme a NOAS) do município de Uberaba-MG como pólo regional, garantindo o repasse de recursos financeiros dos municípios beneficiados e pactuados.

## **EIXO 6 - CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA**

- 74- Garantir a continuidade da capacitação dos Conselheiros e Comissões de Saúde para acompanharem e fiscalizarem a aplicação dos recursos no SUS, inclusive com a contratação de profissionais técnicos, para prestarem assessoria contábil, jurídica e administrativa. Para que exerçam essas funções que as contratações sejam aprovadas pela plenária do Conselho.
- 75- Criar campanha de incentivo a participação do cidadão e a utilização dos instrumentos legais disponíveis para o controle social. Efetivando os compromissos e responsabilidades entre os gestores, em sintonia com as mudanças desejadas para a construção do SUS.
- 76- Utilizar o serviço voluntário na organização e nas atividades do controle social e a criação de conselhos locais de saúde.
- 77- Ampliar os mecanismos de gestão participativa nas três esferas de governo.
- 78- Exercer controle social nos hospitais públicos, filantrópicos e na rede conveniada com o SUS, através de criação de Conselhos Paritários (conselho gestores).
- 79- Fomentar a criação de entidades representativas dos usuários do Sistema Único de Saúde, organizados por patologias específicas, com a participação da Secretaria Municipal de Saúde e entidades afins.
- 80- Garantir que as decisões de plenárias e conferências sejam cumpridas através de ouvidorias ligadas aos conselhos de saúde e Ministério Público.
- 81- Conscientização dos usuários de forma efetiva e permanente através dos meios de comunicação, dos Conselheiros de Saúde, dos agentes de saúde bem treinados, associações de bairro, Programa da Saúde da Família - PSF e dos demais programas setoriais na área de educação e saúde, sobre os atendimentos básicos, exames de alta complexidade e critérios de emergência.
- 82- Garantir a conscientização para a participação popular e controle social através da ampla divulgação das atividades dos conselhos através dos meios de comunicação.
- 83- Responsabilizar as três esferas de governo que fugirem de suas responsabilidades no cumprimento da EC 29, deixando de aplicar os recursos financeiros na área de saúde. Acionar para tanto os meios de controle social,

Ministério Público, instância máxima, com cassação de gestão plena dos Estados e municípios.

- 84- Garantir e divulgar cursos de capacitação permanente para conselheiros, gestores, membros de Associações de Classe, vereadores. Exigir dos três níveis de governo transparência nos planejamentos e prestações de contas trimestrais dos recursos investidos, sendo que estas sejam remetidas aos conselhos das respectivas esferas garantindo a aplicação da EC 29.
- 85- Melhorar os instrumentos de controle da programação pactuada integrada dos Municípios e Estado, criando a capacidade de discussão e a negociação das atividades excedentes com instalação de câmaras de compensação e que antes da consolidação dos mesmos seja deliberado pelo conselho.
- 86- Assessoramento pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), dos conselhos municipais de saúde quanto a sua organização.
- 87- Garantir o encaminhamento aos respectivos conselhos, com prazos suficientes para análise e avaliação, dos instrumentos de gestão no SUS, dos projetos de captação de recursos e planilhas orçamentárias.
- 88- Que o ouvidor municipal de saúde seja eleito pelos membros do Conselho.

### **PROPOSTAS FEDERAIS**

#### **EIXO TEMÁTICO 1 - DIREITO À SAÚDE**

1. Ampliar e garantir a manutenção dos programas sociais do governo Federal pertinente a área de saúde, considerando a história epidemiológica de cada região.
2. Realização de audiência pública para combater a lei das patentes.
3. Garantir políticas públicas em todas as áreas, tanto urbanas e sociais que permitam o desenvolvimento social, ampliando a qualidade de vida da população.(ex.: saúde, educação, lazer, cultura, praticas e esportes diversos, moradia, urbanização, saneamento e meio ambiente).
4. Promover a desinstitucionalização da loucura, interlocução com movimentos sociais e de trabalhadores de outras áreas.

#### **EIXO 2 - A SEGURIDADE SOCIAL E A SAÚDE**

12. Maior articulação da rede SUS com a rede da seguridade social, buscando o intercâmbio para melhor atendimento.
13. Alteração da renda mínima para concessão de benefício de prestação continuada (BPC) de  $\frac{1}{4}$  para igual ou inferior  $\frac{1}{2}$  salário mínimo per capita.
14. Instalação de um posto de atendimento do INSS nos municípios com população superior a 30.000 habitantes e em cidades com população inferior, mas que estejam a mais de 60 Km de distância de sua referência domiciliar; utilizando também como mecanismo de atendimento o previmóvel.
15. Resolver a demanda reprimida para a concessão de benefícios do INSS a partir de concurso público para peritos, retirando os serviços privados contratados e determinando que o SUS faça estes atendimentos com garantia da assinatura do Laudo pelo periciado.
16. Garantir concursos para médicos peritos do INSS com número expressivo de vagas, evitando a terceirização.
17. Garantir as ações de reabilitação Bio-psico-social tanto para trabalhadores como para deficientes garantindo a inserção no mercado de trabalho a partir de ações

determinadas por convênios entre o Ministério da Previdência Social e Ministério da Saúde.

18. Criar uma Comissão Tripartite com representantes dos Ministérios envolvidos na Saúde do Trabalhador, representantes dos Empregados e Trabalhadores públicos e privados.
19. Garantir concursos para médicos peritos do INSS com número expressivo de vagas, evitando a terceirização.

### **EIXO 3 - INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE**

20. Garantir políticas públicas urbanas e rurais e viabilizar os recursos, que promovam o desenvolvimento econômico e social melhorando à qualidade de vida da população (ex: saúde, educação, lazer, cultura, práticas e esportes diversos e moradia).
21. Exigir dos Ministérios responsáveis a efetiva fiscalização dos benefícios sociais, excluindo quem os recebe injustamente e incluindo pessoas com adequado perfil sócio-econômico.
22. Que todos os portadores de deficiências, em qualquer intensidade tenham direitos ao benefício da LOAS junto ao INSS, aumentando a renda per-capta de 25% para 100% do salário mínimo.
23. Garantir a intersectorialidade do Ministério da Saúde com Ministério das Cidades nas resoluções das conferências.

### **EIXO 4 - AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS**

24. Consolidação da lei dos genéricos.
25. Viabilizar junto ao Governo Federal a extensão do programa de tratamento de asma para adultos e idosos.
26. Aumentar o piso da assistência farmacêutica básica e elenco de medicamentos de acordo com a portaria 176 do Ministério da Saúde com descentralização da produção e do fornecimento hoje exclusivo da Rede.
27. Rever imediatamente o financiamento das Ações de Vigilância Sanitária, visto que o repasse atual é insuficiente para efetiva execução e/ou implantação da mesma, principalmente para os municípios pequenos com o aval do Governo Federal, Estadual e Municipal.

### **EIXO 6 - CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA**

28. Regulamentação do exercício profissional de todas as categorias presentes no SUS pelo Conselho Nacional de Saúde.
29. Garantir punição de acordo com lei no desvio de recursos das rubricas específicas da área de saúde e seguridade social. Caracterizar tal desvio como crime hediondo, inclusive as políticas consonantes e constantes na lei 8080 de 19.09.1990.
30. Formentar e incentivar participação de todos os segmentos, incluindo o Ministério Público, para que acompanhem de perto toda a discussão e deliberação sobre as políticas de saúde definidas pelo controle social.
31. Buscar parcerias com sociedade civil organizada, criando mecanismo de desenvolvimento de trabalhos coletivos, envolvendo a comunidade e os setores públicos na promoção da inclusão social.

## Mesa Redonda – “FINANCIAMENTO NA SAÚDE”

**Expositor:** Gilson Carvalho  
São José dos Campos/SP

**Debatedor:** Eugênio Vilaça  
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

**Debatedor:** Deputado Sérgio Miranda  
Câmara Federal

**Debatedor:** Eni Carajá Filho  
Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

**Moderador:** Geraldo Heleno Lopes  
Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais / Primeiro Secretário

### **Eugênio Vilaça**

Eu queria inicialmente agradecer aos organizadores da Conferência, a oportunidade de estar aqui para falar sobre o financiamento do SUS.

A primeira questão que se coloca é quanto o Brasil gasta com serviços de saúde ?

A melhor maneira de se verificar isso é examinando os dados internacionais. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, para o ano 2000, o Brasil gastou U\$ 267 per capita/ano; esses valores foram de U\$ 311 no México, U\$ 653 no Uruguai, U\$ 1.070 na Espanha, U\$ 2.050 no Canadá e U\$ 4.499 nos Estados Unidos. Portanto a primeira conclusão que se pode tirar é que o Brasil, considerados padrões internacionais, gasta pouco em saúde

Mas além de gastar pouco, gasta mal porque a qualidade do gasto em saúde é dado pela relação gasto público/gasto total e o Brasil é um dos países do mundo que gasta menos recursos públicos em saúde. Tomando novamente parâmetros internacionais da Organização Mundial da Saúde, o gasto público em saúde como porcentual do gasto total em saúde, no Brasil, é de apenas 41%. Esses valores variam de 55% na Argentina, 71% em Portugal, 72% no Canadá, e 81% no Reino Unido. Daí se pode inferir que a qualidade do gasto sanitário brasileiro é ruim porque o nosso gasto público é muito pequeno, menor dos EUA, o país mais liberal do mundo que tem um gasto público de 44%.

Do que se analisou pode-se concluir que o Brasil gasta pouco e gasta mal os seus recursos financeiros em saúde. E que é necessário inverter a relação entre gasto público e gasto privado, aumentando o gasto público significativamente.

A segunda questão que eu colocaria é qual SUS quer-se financiar?

Essa questão é fundamental porque há uma grande distância entre o SUS constitucional que objetiva um sistema universal público - um direito de todos e dever do Estado -, e o SUS real, que representa um sub-sistema público de saúde destinado aos pobres e convivendo com dois sistemas privados: o sub-sistema de planos de saúde e o sub-sistema de desembolso direto.

Esse é o dilema básico que se coloca para a sociedade brasileira: que sistema de saúde quer e como vai financiá-lo?.

Não há dúvida de que o sonho da reforma sanitária brasileira e o espírito de nossos constituintes foi propor e ordenar um sistema público universal, à semelhança de países como o Reino Unido, o Canadá, a Suécia, a Espanha, a Itália etc. Na prática social, infelizmente, vai se constituindo um sistema de saúde segmentado, onde o SUS significa o sub-sistema dos pobres.

Os sistemas segmentados se constituem com base no argumento de que a presença de sistemas privados para os que podem pagar, geraria uma quantidade maior de recursos públicos para os pobres. Esse argumento de senso comum é desmentido pela evidência internacional. Na realidade, quando se segmenta o sistema de saúde e se especializa o sistema público para a atenção aos pobres, dá-se um enorme desfinanciamento deste sistema. É que os pobres não estão suficientemente organizados e não têm capacidade de vocalização para exigir o financiamento adequado do sistema público. Tal como, profeticamente dizia, em 1942, Lord Beveridge: “políticas públicas exclusivas para os pobres, são políticas pobres”.

Para que o Brasil consolide o SUS universal há que se ter muito mais recursos. A experiência internacional mostra que esses sistemas se instauram quando o gasto público supera 70% do gasto sanitário total.

Nesse sentido, os recursos adicionais a serem aportados pelas determinações da Emenda Constitucional nº 29, representam um avanço, mas não serão suficientes para a institucionalização do SUS universal. Estimativas mostram que esses recursos chegariam a 57 bilhões de reais, suficientes para consolidar um sistema para os pobres, mas insuficiente para um sistema universal.

Esse é o grande desafio que se coloca para a Conferência Nacional de Saúde. Porque a questão do financiamento da saúde não pode ser vista na perspectiva de sua tecnicidade; ela é fundamentalmente uma questão política. Trata-se de discutir com a sociedade brasileira que sistema de saúde ela quer e se está disposta a pagar por ele. Fora disso, o SUS como sistema universal para todos os brasileiros não passará de uma utopia.

### **Deputado Sergio Miranda**

Cumprimento os membros da mesa e gostaria de me referenciar na intervenção do professor Gilson Carvalho, que fez um relato muito preciso sobre a Emenda 29, suas vantagens e desvantagens. Agora, temos que discutir sua aplicação. O movimento social da saúde teve a primeira grande vitória contra a equipe econômica do governo quando conseguiu reverter, no Congresso Nacional, o veto ao artigo 59 da Lei de Diretrizes Orçamentárias, que tratava da definição de ações e serviços de saúde.

Desde a aprovação da Emenda 29, a LDO definia o que são ações e serviços públicos de saúde da seguinte forma: são os gastos do Ministério da saúde, excluídos os recursos destinados ao pagamento do pessoal inativo, o serviço da dívida (juros e amortização) e os recursos do fundo contra a pobreza. Essa é uma visão extremamente sucinta, mas se adequava ao momento. O fundo contra a pobreza foi criado pela Emenda 31, votada posteriormente à Emenda 29. A Emenda 31 diz no seu texto, explicitamente, que aqueles recursos seriam **suplementares** nas áreas de saúde, de alimentação e de habitação.

O que ocorreu em 2003 foi que, mesmo tendo enviado na proposta inicial da LDO esse critério e o Congresso tê-lo aprovado, o presidente da República vetou essa definição de ações e serviços públicos de saúde. Logo depois, o governo enviou outro projeto de lei, determinando que os gastos de saúde seriam os gastos do Ministério, excluindo apenas despesas com inativos e dívida, mas nada mencionando sobre a questão do fundo contra a pobreza. Quando a lei orçamentária chegou ao Congresso, percebeu-se que 3.557.000.000 reais das chamadas ações de serviços públicos de saúde eram financiadas com recursos do fundo contra a pobreza. O debate com a sociedade ficou muito confuso, centrado na questão de se o saneamento seria ou não saúde – mas não é isso que estava em causa. Ora, é claro que saneamento é saúde: está escrito na Constituição, no artigo 200, inciso 4, que os gastos do SUS envolvem ações de



saneamento. Nós não estávamos nos contrapondo a isso, e sim à utilização, como ação e serviço público de saúde, dos recursos do fundo contra a pobreza.

Apresentamos, então, cinco argumentos contra o veto, que foram os seguintes:

**1 – Os recursos do fundo contra a pobreza são suplementares.** O texto da Emenda 31, que criou o fundo, não deixa dúvidas: “com objetivo de viabilizar a todos os brasileiros acesso a níveis dignos de subsistência, cujos recursos serão aplicados em **ações suplementares de nutrição, habitação, educação, saúde, reforço de renda familiar** e outros programas (...)”.

**2 – A mesma nota fiscal não poderia comprovar as despesas, em duas obrigações distintas, com as emendas constitucionais 29 e 31.** A ação suplementar deveria acrescer, e não substituir, os recursos já utilizados na saúde e garantidos pela Emenda 29. Ademais o fundo contra a pobreza foi criado com verbas vinculadas, a partir da elevação da alíquota de CPMF. Assim, não é correto computar os dois recursos com se aqueles previstos na Emenda 29 estivessem incluídos na Emenda 31.

**3 – A decisão contrariava o princípio da legalidade administrativa.** Na lógica do direito público, tudo o que não é expressamente permitido ou ordenado é vetado. Em primeiro lugar, a Emenda 29 não poderia sequer citar o fundo contra a pobreza, que foi criado três meses depois. Em segundo, o fato de a Emenda 31, que criou o fundo, não indicar que os recursos gastos pelo fundo contra a pobreza seriam incluídos entre os que constituem o piso destinado à saúde não autorizava o governo a fazer exatamente isso.

**4 – O governo não pode, a cada ano, por sua conveniência, trocar de critérios sobre a composição das verbas da saúde.**

**5 – A interpretação do governo teria efeito multiplicador nefasto sobre estados e municípios.** A LDO federal constitui referência e parâmetro pelos quais se guiam estados e municípios na elaboração de suas respectivas leis de diretrizes orçamentárias. A iniciativa do governo federal induziria uma reação em cadeia nos estados e municípios, que ficariam tentados a também burlar a vinculação de recursos destinados ao setor.

Obtivemos importante vitória porque o Procurador Geral da República ficou convencido e enviou ao Presidente da República, pela primeira vez na história, uma recomendação para que fosse corrigido o orçamento do Ministério da Saúde. Graças às pressões de várias Conferências Municipais de Saúde, somadas às atividades desenvolvidas pela frente parlamentar da saúde e à ação jurídica – foi encaminhada ao

Supremo Tribunal Federal uma ação direta de inconstitucionalidade –, conseguimos reverter o corte no orçamento do Ministério. Essa é uma grande vitória, uma vitória do movimento social mais organizado desse país, que é o movimento em defesa da saúde, uma vitória da compreensão da necessidade de um financiamento estável e suficiente para o setor.

Isso quer dizer que os problemas estão resolvidos? Não. O Professor Eugênio Vilaça foi bem objetivo neste ponto: os recursos previstos na Emenda 29 não são suficientes para garantir o financiamento à saúde. Na Emenda 29, optou-se por uma vinculação à saúde apenas dos orçamentos de municípios e estados (respectivamente, 15% e 12%). Porém, o orçamento da União não tem vinculação explícita, prevê apenas a recomposição dos gastos pela variação nominal do PIB. É importante lembrar que o orçamento da seguridade social é de fato vinculado à saúde, mas a vinculação não é obedecida pelos governos. Temos, então, outro grande desafio pela frente, que é a votação da Lei complementar à Emenda 29, e deve ser aprovada pelo Congresso em 2004. Se ela não for votada, mantêm-se os índices em vigor; mas a votação da lei é fundamental para uma definição precisa do que são ações e serviços públicos de saúde. Não é correto incluir o pagamento de inativos, como ocorre em alguns estados. Como também não é correto financiar o pagamento de hospitais da polícia militar – este é um serviço para um setor importante, mas não é um serviço público, ao qual toda a população tem que ter acesso.

Por isso, a votação da lei complementar será decisiva para o esclarecimento de novas questões: como se dará o rateio dos recursos da União para os estados e destes para os municípios? Como se dará a fiscalização? Qual será a definição precisa do que pode ser chamado de ações e serviços públicos de saúde?

Esta é a contribuição que gostaria de oferecer para o debate. Não devemos baixar a guarda, pois no próprio orçamento existem certos setores do saneamento que eram vinculados a outros Ministérios e foram transferidos para o orçamento da Saúde. Ainda existe quase 1 bilhão de reais de transferências a famílias com condicionalidades – um programa típico de assistência social, como bolsa família, que está incluído também como gasto de saúde. Não é um programa de suplementação alimentar de gestantes ou de mães e crianças com grave deficiência. Além dos 800 milhões referentes a esse programa existe mais 1 bilhão de programas tipo bolsa-família, que é assistência social, e que está enquadrado também como ação em serviço público de saúde.

Esperamos que desta conferência saia um pronunciamento claro em defesa da Emenda 29, e que na Conferência Nacional de Saúde seja aprovada uma ação em defesa do financiamento estável e suficiente para a saúde. Muito obrigado.

## **PROPOSTAS ESTADUAIS**

### **EIXO 9 - FINANCIAMENTO DA SAÚDE**

1. Destinar recursos para municípios e hospitais, para manutenção e custeio das ações de saúde.
2. Que a Secretaria de Estado da Saúde e o Governo Federal viabilizem mais recursos financeiros para o Programa Saúde da Família.
3. Que na elaboração dos orçamentos municipais seja aumentada as verbas para investimento e custeio do SUS, de forma a viabilizar a melhoria de áreas físicas, de equipamentos para as unidades de saúde, e implementação de Recursos Humanos, com acompanhamento dos Conselhos Municipais, Distritais e Comissão Local de Saúde, respeitando a sua respectiva unidade de Saúde.
4. Que os repasses financeiros sejam feitos de fundo a fundo com a penalização da União, do Estado e dos municípios pelo não cumprimento da legislação.
5. Garantir que a parcela de arrecadação municipal deixe de ser transferida para as esferas estadual e federal, permanecendo como repasse direto ao fundo municipal de saúde. Revisar a legislação que trata dos repasses de impostos.
6. Revisar a transferência de recursos físicos e orçamentários por parte dos governos Federal e Estadual ao Município, estipulando mecanismos automáticos de reajustes frente às necessidades e as mudanças nas características do Município, cumprindo o dispositivo da EC-29 principalmente o Estado MG.
7. Garantir que o Conselho Municipal de Saúde e a Sociedade Civil organizada façam gestões políticas junto à Assembléia Legislativa para que o Estado cumpra a EC29, com a sua parte de recursos para financiamento do SUS no orçamento de 2004.
8. Que a União faça valer a Emenda Constitucional 29 (EC29) implementando mecanismos de fiscalização aos Estados que não estejam cumprindo a aplicação mínima dos recursos na área, como é o caso de Minas Gerais..
9. Manutenção da descentralização do financiamento com definição das responsabilidades das três esferas, investimentos de recursos superiores de acordo com a portaria 176 e ampliação das listas de medicamentos ofertadas.
10. Criação e implantação do consórcio intermunicipal de medicamentos na região metropolitana, com garantia de seu real funcionamento.
11. Que sejam viabilizados mecanismos que possibilitem a equanimização de custeio no sistema de saúde, bem como o aporte de um volume maior de recursos financeiros necessário às três esferas do governo.
12. Exigir do governo estadual a contrapartida de verbas referentes ao Programa de Órtese e Prótese, garantindo o acesso da população a esse serviço, bem como o credenciamento do serviço necessário com garantia de teto financeiro.
13. Destinação de parte de recursos da Loteria Mineira para a saúde.
14. Conscientizar o governo a repassar as AIH'S que o Ministério da Saúde envia para os portadores de doença contagiosa, hanseníase que não estão sendo repassados.
15. Garantir recursos da União e do Estado para o funcionamento pleno do Pronto Socorro de Venda Nova.
16. Garantir recursos das três esferas de governo para o funcionamento dos Prontos Socorros.
17. Destinação dos recursos financeiros por parte do Governo Estadual, para educação continuada, pólo de capacitação, FAFEID – Faculdade de Diamantina, CISAJE – Consórcio Intermunicipal de Saúde de Jequitinhonha e Secretaria Municipais de Saúde do Vale do Jequitinhonha como também para aquisição de

- unidade móvel odontológica e unidade de saúde da mulher (bolsas e ajuda de custo).
18. Cobrar do Estado, pontualidade na entrega dos medicamentos da farmácia básica, evitando a falta dos mesmos nos municípios.
  19. Garantir através da Câmara de Compensação do Estado os procedimentos de Alta Complexidade que porventura extrapolarem os tetos pactuados.
  20. Garantir aos diversos grupos de portadores de doenças crônicas e necessidades especiais, o fornecimento sistemático de órteses e próteses bem como o credenciamento de serviços necessários, com garantia de teto financeiro priorizando o Sanatório Santa Izabel como referência aos Municípios de Minas Gerais.
  21. Aumento do Teto Ambulatorial.
  22. Capacitar e dotar as microrregiões de recursos para realizações de exames de média complexibilidade.
  23. Redistribuição de recursos/compensação aos municípios que perderão recursos da Fração Assistencial Especializada – FAE pela Câmara Técnica Regional.
  24. Que os recursos da Farmácia Básica passem para R\$ 12,00 (doze reais) habitante/ano, sendo R\$ 6,00(seis reais) ano do Ministério da Saúde, R\$ 3,00(três reais) ano das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, respectivamente.
  25. Instituir programas de financiamento de projetos para aquisição de unidades móveis médico-odontológicas, para atendimento às equipes de PSF, com base em criteriosa análise da extensão territorial rural.
  26. Que o Estado compense, no orçamento, os municípios pelo aumento da demanda dos serviços de saúde pública em função da implementação de programas que universalizam a assistência, por exemplo o PSF.
  27. Garantir custeio pelo governo do Estado do funcionamento dos CERSAMN'S, UPA'S e Policlínicas durante 24h, municipalizar a UAPU Esplanada (Leste) em Belo Horizonte que atualmente pertence à FHEMIG, garantindo recursos humanos financeiros na continuidade dos serviços prestados.
  28. Credenciamento dos serviços dos CIS do Vale do Jequitinhonha pelo SUS, repasse de recursos financeiros para que possam ser garantidos os serviços especializados do município do Vale Jequitinhonha, com controle social.
  29. Que a PPI contemple parâmetros diferenciados para o Vale do Jequitinhonha considerando as diferenças regionais epidemiológicas e sócio econômico.
  30. Que o recurso da lei Minas por Minas para o PSF seja depositado no fundo municipal de saúde.
  31. Destinação de recursos financeiros para o PEAS (Programa Educativo Afetivo Sexual).

## **PROPOSTAS FEDERAIS**

### **EIXO 9 - FINANCIAMENTO DA SAÚDE**

32. Promover a universalização e compensação orçamentária aos municípios e aos servidores do SUS, para implementação dos programas do SUS.
33. Que o Ministério da Saúde repasse a cota Federal para manutenção da farmácia básica ao Fundo Municipal de Saúde com complementação dos recursos pelo nível Estadual e Municipal para a compra descentralizada, garantindo a oferta e a implantação da assistência farmacêutica nos municípios.
34. Identificar e aplicar novos parâmetros para a distribuição dos recursos financeiros (perfil epidemiológico, índice de vulnerabilidade social e outros),

- além da capacidade instalada e das metas alcançadas, considerando a série histórica de produção.
35. Que o cadastramento do CADÚNICO e o do Programa de Saúde da Família, sirva como parâmetro e garantia de utilização pelo Ministério da Saúde como um dado real da população do município, visto que o cadastro do PSF é atualizado mensalmente, elevando a porcentagem de cobertura dos PSF dos municípios.
  36. Que a CPMF seja investida especificamente na área da saúde e repassada a todos os municípios.
  37. Que na próxima discussão da reforma tributária no país sejam garantidos recursos específicos e suficientes para o SUS.
  38. Defender junto às três esferas de Governo uma política de distribuição de recursos, a Fundo Perdido, priorizando o financiamento dos serviços de saneamento básico, tratamento de água e esgoto e reciclagem do lixo, com implementação de legislação e fiscalização mais eficiente com relação à poluição e à conservação das águas, com criação de fundo específico, para municípios com até 50.000 habitantes.
  39. Que seja criada uma taxa de contribuição de 15% sobre a fabricação de comercialização do cigarro e assemelhados (charutos, fumo, etc) e bebidas alcoólicas e seja repassada ao Ministério da Saúde para custear o tratamento e a prevenção das doenças provocadas pelo uso destas substâncias.
  40. Pleitear junto ao Governo Federal, a reavaliação e atualização da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, de forma a tornar viável o sistema de referências, fazendo paridade das tabelas com aumento do Teto Financeiro na mesma proporção.
  41. Investimento em: produção de medicamentos por laboratórios oficiais, práticas não alopáticas e recursos humanos, além da aquisição de medicamentos não padronizados em casos especiais. Garantir financiamento, manutenção e custeio para farmácias públicas de manipulação.
  42. Priorizar recursos e investimentos em tecnologia nacional, visando a melhoria da qualidade e a diminuição de custos.
  43. Maior disponibilidade de recursos para procedimentos preventivos do combate ao câncer na mulher e no homem, oferecendo recursos para aquisição de maior número de mamógrafos, e campanha de exames de prevenção do câncer de próstata.
  44. Cobrar das esferas de Governo Estadual e Federal, o cumprimento da pactuação feita com os Municípios, quanto ao atendimento da cesta básica de medicamentos e ao fornecimento de medicamentos excepcionais aos usuários do SUS.
  45. Que a Secretaria de Estado de Saúde e o Ministério da Saúde viabilizem recursos financeiros compatíveis com o funcionamento da rede hospitalar e dos Prontos Socorros dos pequenos e médios municípios, para que os mesmos possam oferecer serviços de qualidade mais humanizados.
  46. Implementar o Plano Diretor de Investimento - PDI para que os municípios habilitados na Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – GPABA e sede de módulos possam assumir todas as responsabilidades preconizadas na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS-01/02.
  47. Rever imediatamente o financiamento das Ações de Vigilância Sanitária; visto que o repasse atual é insuficiente para efetiva execução e/ou implantação da mesma.

48. Aumentar o Piso da Atenção Básica – PAB de R\$ 10,00 (dez reais) para R\$ 20,00 (vinte reais).
49. Exclusão dos recursos do Fundo de Erradicação da Pobreza do cálculo dos recursos da Saúde para cumprimento da EC29.
50. Exigir dos três níveis de governo a transparência nos planejamentos e nas prestações de contas trimestrais dos recursos investidos, sendo remetidos aos conselhos das respectivas esferas, garantindo a aplicação da EC29, mediante a emissão de certidão de regularidade com SUS, com critérios a serem estabelecidos e emitida pelo Ministério Público.
51. Garantir um financiamento específico aos serviços de saúde no Programa de Humanização da Assistência garantindo o desenvolvimento de ações
52. Que seja revista a Lei de Responsabilidade Fiscal no tocante aos gastos com folha de pagamento, referente ao percentual com os servidores da saúde, levando-se em conta a implantação dos novos programas pelo Ministério da Saúde, havendo tratamento diferenciado conforme o porte populacional de cada município.
53. Retorno da verba do SISVAN para aquisição de leite em pó, cesta básica e sopa enriquecida, viabilizando o funcionamento dos cadastros do programa do SISVAN para gestantes, nutrizes, mães soropositivo e crianças de 0 a 5 anos.

## Mesa Redonda – “TRABALHO, MEIO AMBIENTE E SAÚDE”

**Expositor:** Guilherme Franco Netto  
Ministério da Saúde

**Debatedora:** Elizabeth Costa Dias  
Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG

**Debatedor:** Deputado Adelmo Carneiro Leão  
Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais

**Debatedor:** Renato Almeida de Barros  
Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

**Moderadora:** Jandira Maciel da Silva  
Coordenação de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde  
de Minas Gerais

### **Jandira Maciel da Silva**

Inicialmente, agradeço ao conferencista desta mesa, Dr. Guilherme Franco, Diretor da Vigilância Ambiental do Ministério da Saúde, que se dispôs a estar conosco nesta manhã de sábado, contribuindo e com certeza enriquecendo esta V Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Apesar do amplo tema, Dr. Guilherme Franco conseguiu pontuar questões que estão na ordem do dia, instigando de forma muito positiva os conselheiros presentes a este debate. Ponto de destaque na apresentação do palestrante foram as reflexões sobre as relações entre *meio ambiente, mundo do trabalho e processo de trabalho*, na perspectiva da *Produção Sustentável*. Assim, para pensar em *Desenvolvimento Sustentável*, é necessário refletir sobre o que é *Produção Sustentável*.

Vale a pena registrar as intensas manifestações que se seguiram por parte conselheiros, logo após a apresentação da palestra do Dr. Guilherme Franco, ávidos por questionamentos e debates sobre o tema.

Encerro estas considerações iniciais agradecendo mais uma vez ao Dr. Guilherme Franco pela excelente palestra e pelas oportunas considerações e reflexões que ele trouxe sobre a temática em questão.

### **Deputado Adelmo Carneiro Leão**

Primeiramente, eu gostaria de saudar a todos os delegados e delegadas da V Conferência Estadual de Saúde e expressar minha esperança e convicção, neste



momento impar da nossa vida, de podermos estar contribuindo para a construção e consolidação de uma política nacional de saúde na lógica do SUS. Quero pedir licença para fazer algumas reflexões que entendo, neste momento, importantes para o nosso trabalho.

Parto, portanto, de duas questões postas para a discussão de uma política de saúde em nível nacional: a questão ambiental e a questão do trabalho na saúde; na nossa saúde. Sobre o termo ambiente, vale aqui buscar seu alcance. Entendo ambiente como todo espaço que nos cerca, afetando-nos das mais diferentes maneiras no sentido positivo e negativo da nossa vida. Talvez o ambiente que mais permanentemente nos envolve e mais afeta a nossa vida é o ambiente doméstico.

O que detectamos nos estudos de acidentes domésticos que realizamos nas comunidades, é que praticamente metade desses acidentes resumem-se às queimaduras, intoxicações e quedas. Não obstante esse acentuado percentual observamos a incipiência das políticas públicas em relação à questão dos acidentes domésticos. Educar o cidadão para a prevenção dos acidentes no ambiente doméstico significa preparar o cidadão para a vida qualitativa, conscientização essa que atrai outros multiplicadores para a relevante questão da saúde pública.

Retomo, por oportuno, uma campanha que o Hospital João XXIII de Belo Horizonte realizou, obtendo significativa redução do número de queimaduras que ocorrem em Belo Horizonte e também em todo o Estado de Minas Gerais. Isso me leva à convicção de que as campanhas nesse sentido poderão reduzir significativamente as lesões, traumas e intoxicações causadas no ambiente doméstico. Uma outra questão que merece a nossa máxima atenção, nossos efetivos esforços, é a dos acidentes ambientais provocados. E aqui eu estou levantando um problema: em Minas Gerais aconteceram vários e graves acidentes que comprometeram cidades, pessoas -a vida e a saúde das pessoas-, contaminaram a água e o solo, como os acidentes em Uberaba, Ibiá, Cataguases e tantos outros acidentes e queimadas que acontecem, todo ano, por todo o Estado.

Eu gostaria também de destacar aqui os acidentes nas rodovias que exigem uma ação governamental eficaz. Diante de um acidente, temos várias medidas a serem tomadas e várias já foram tomadas. Recentemente, houve uma suspensão temporária do tráfego ferroviário de produtos perigosos. Quando se tomou essa medida, vedando o transporte de produtos perigosos nas ferrovias do Estado de Minas Gerais e do Brasil, não se pensou que centenas e mais de milhares de caminhões passaram a conduzir

produtos perigosos pelas estradas. Esta é uma medida adequada? Esta é uma medida compensatória? Esta é uma medida que resolve o problema? Parece-me que a situação ficou mais perigosa e mais arriscada. O risco de acidentes nas rodovias é muito maior, obrigando-nos a repensar, diante das ameaças que nos cercam, quais seriam as medidas mais adequadas para nós podermos ter o ambiente como um espaço saudável, tomarmos ações no sentido de aumentarmos nossa segurança, e não os nossos riscos.

Uma outra questão que também está em discussão e que recentemente foi objeto de uma discussão que fizemos na Assembléia Legislativa de Minas Gerais, é a questão da transposição das águas para atender às regiões secas. Está se propondo, por exemplo, a transposição do Rio São Francisco para atender às demandas de nossos irmãos e irmãs do Nordeste. Uma medida generosa. Mas se nós olhássemos para as margens do Rio São Francisco; as cidades que margeiam o Rio São Francisco, como elas se encontram, como está a população ali com água disponível todos os dias, podemos inferir que são boas as condições de vida e saúde desta população? Fazer a transposição das águas mantendo a mesma lógica vigente no país contemplaria a saúde do povo brasileiro? As coisas vão melhorar? As cidades, as populações que vivem às margens dos nossos rios estão bem? Gostaria de que fosse repensada a necessidade, neste momento, de empenharmos cinco, seis bilhões de reais para fazermos transposição de águas. É isso que é necessário? Essa medida, isolada e cara é realmente eficaz ao que se propõe?

Outra questão que impõe nossa reflexão é a que se refere às barragens, obras extremamente importantes no sentido de aumentarmos a disponibilidade de energia, tão necessária para o progresso e o desenvolvimento do país. Já foi falado aqui sobre a questão dos trabalhadores das barragens. Agora, eu gostaria de falar dos atingidos pelas barragens, não só no sentido de sua retirada da terra no momento da ação econômica, financeira, compensatória, mas também dos sérios problemas na área da saúde que enfrentam os atingidos pela barragem. O que temos que colocar neste momento é como tratá-los, porque sofrem uma ação muito mais arrasadora do que podemos vislumbrar se não nos detivermos sobre o impacto que sofrem: são atingidos pelas barragens em estruturas muito profundas, em sua cultura, em sua história e em suas raízes. Eu tenho comigo o depoimento de um senhor, já de noventa anos que, ao visitar o município de Aimorés, disse que sabia ser aquela a sua última visita à cidade. No entanto, ele estava ali porque aquela visita, sob o peso de seu quase um século de vida, significava mais: significava a volta a suas raízes. Mesmo que ele estivesse considerando que aquele momento seria o último encontro com o local de seu nascimento, de suas raízes,

a força deste encontro é inenarrável. Então, a partir deste depoimento eu fico imaginando as milhares de pessoas atingidas pelas barragens que nunca mais poderão voltar a suas origens. O que isso significa para a saúde desta gente?! Nós temos que refletir sobre essas questões. Entendo que elas têm que ser ponto de referência e reflexão.

Bem, tendo como ponto de partida nossa compreensão do que significa ambiente, do que ele envolve, de seus aspectos materiais e imateriais, eu quero tratar aqui de mais um dos problemas importantes da nossa vida de trabalhadores de trabalhadoras. Em especial, neste momento, quero tratar das centenas de milhares de pessoas que trabalham na reciclagem do lixo. Vamos tratar do ambiente de recuperação de ambientes degradados. Do tratamento do lixo, onde trabalham centenas de milhares de pessoas. É preciso pensar em uma política específica para essa gente, para esses trabalhadores e, aí, de um modo muito especial, para os trabalhadores mais jovens, para as crianças que ainda trabalham nos lixões. Se o trabalho infantil só pode ser admitido na lógica da pedagogia, da formação do caráter, da formação da pessoa como processo de aprendizado, esta condição deve ser tratada com muito carinho, como uma prioridade do governo federal.

Finalmente, quero também colocar aqui, para nossa reflexão, a possibilidade de compreensão do ambiente no qual estamos vivendo; uma compreensão de que o território não é espaço de propriedade de uma geração. O território é um espaço de propriedade de todas as gerações. Nós temos que pensar sobre a questão do uso dos produtos contaminantes do solo, dos defensivos agrícolas e, neste momento, sem nenhum sectarismo em relação aos transgênicos, temos a obrigação, o dever de tratarmos dessas questões com uma enorme responsabilidade. Temos que admitir que os transgênicos podem constituir um grande fator de desenvolvimento humano mas, eventualmente, e por isso nós precisamos da ajuda da ciência e da melhor técnica, um potencial de risco imenso. A manipulação dos transgênicos pode contaminar definitivamente o ambiente o espaço que é nosso e que é das próximas gerações.

Então, a partir dessas considerações e reflexões que gostaria que começássemos a construir é que penso uma política nacional de saúde. Gostaria de agradecer mais uma vez pela oportunidade de estar aqui neste momento

**Elizabeth Costa Dias**

Bom dia a todos! Meus agradecimentos à Comissão Organizadora da V Conferência Estadual de Saúde pelo convite e os cumprimentos pelo destaque dado ao tema das relações Trabalho, Meio Ambiente e Saúde, nessa programação. Saúdo a Dra. Jandira Maciel Silva, nossa presidente e os ilustres companheiros de mesa. É para mim uma honra participar dos trabalhos dessa manhã, nesse auditório repleto de pessoas envolvidas, comprometidas e interessadas na construção do SUS que queremos, a partir do SUS que já temos.

O tema dessa mesa não poderia ser mais oportuno: - as relações entre o Trabalho, o Ambiente e a Saúde das pessoas, dos trabalhadores em especial, e as responsabilidades do SUS para com o cuidado da saúde e da preservação do meio ambiente para gerações atuais e que vamos legar as gerações futuras. Tivemos a oportunidade de ouvir há pouco a brilhante exposição do Dr. Guilherme Franco, Coordenador da Área Técnica da Vigilância Ambiental do Ministério da Saúde, que nos apresentou as idéias e propostas contidas na Política do Ministério, que podem alimentar as discussões dos grupos de trabalho, orientando a construção dessas ações em Minas Gerais e a definição das pautas a serem levadas à Conferência Nacional de Saúde, em dezembro próximo.

Como contribuição ao debate, gostaria de destacar três aspectos, na fala do Dr. Guilherme: a necessidade de buscar a integração e convergência das ações de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador; a importância da integralidade da atenção 'a saúde, incorporando essa nova abordagem e as perspectivas de construção de novas alianças e formas de controle social das ações no campo das relações Trabalho, Ambiente e Saúde.

A abordagem das questões de Saúde e Ambiente na perspectiva histórica, apresentada pelo Dr. Guilherme, permite entender e perceber a inadequação da forma fragmentada pela qual o tema tem sido tratado nas políticas públicas e privadas ao longo do tempo. A decisão de produzir e gerar riquezas a qualquer custo e de qualquer modo está presente em nosso país, desde os tempos do Brasil colônia, com conseqüências importantes para a saúde das populações e o meio ambiente. Este quadro é agravado pela desigualdade na distribuição da riqueza gerada e se suas conseqüências para a vida das pessoas. O setor Saúde, ate a bem pouco tempo, dava pouca atenção às questões de saúde ambiental, desenvolvendo ações pontuais, geralmente para atender situações de emergência ou eventos dramáticos, como por exemplo, nas enchentes e outros desastres naturais ou de modo mais permanente, pelo controle de vetores, nas campanhas de combate da Doença de Chagas e da Malária e ações de saneamento básico, como a

provisão de água de boa qualidade para o controle das doenças diarréicas. Porém, nos últimos 20 anos, com o agravamento dos problemas ambientais gerados por processos produtivos poluidores ou degradantes do ambiente, novas práticas começam a surgir nos serviços de saúde, traduzidas na atenção à saúde dos trabalhadores, geralmente os primeiros a serem atingidos e para a população geral, além dos procedimentos de vigilância. É importante lembrar que na geração de muitos dos problemas de saúde dos trabalhadores e de poluição e degradação ambiental estão os mesmos processos produtivos. Poderíamos aqui lembrar inúmeros exemplos e tenho a certeza de que cada um de vocês conhece inúmeros outros casos. Pode ser uma carreta que se acidenta, derramando óleo ou solvente na estrada, atingindo nascentes e cursos d'água, como ocorreu recentemente na região do Triângulo; ou a barragem de rejeitos de uma mineradora que se rompe, matando trabalhadores, destruindo nascentes e matas, interrompendo a estrada como ocorreu no início deste ano em Macacos; ou a descarga de produtos químicos perigosos como metais pesados nos rios; ou ainda o uso indiscriminado de agrotóxicos, alguns dos quais já proibidos, atingindo trabalhadores, moradores e consumidores dos produtos, estes, por vezes, a quilômetros do local de produção. E poderíamos continuar nossa lista interminável. Mas, o que nos interessa nesta manhã é ir além, é discutir e traçar rumos e estratégias para que o SUS assuma seu papel de modo a garantir a Saúde como Direito de cidadania.

É nessa perspectiva que eu gostaria de destacar a importância da integração das ações de Saúde do Trabalhador e de Saúde Ambiental. Para enfrentar os problemas de saúde gerados por processos produtivos que acarretam ou determinam o adoecimento dos trabalhadores e da população em geral e danos ao ambiente é necessário que o SUS - que queremos - se organize para tal. É necessário que se capacite para prestar assistência adequada e de qualidade às pessoas, e atue, também, na prevenção dos danos, por meio das ações de Vigilância e da Promoção da Saúde.

Não podemos esquecer que esta integração não é simples. Muitas vezes, surgem conflitos de interesses, como por exemplo o dilema que os trabalhadores enfrentam quando têm que escolher entre a suspensão ou modificação de uma situação de trabalho poluidora ou que degrada o ambiente e que vai implicar no fechamento de uma determinada unidade de produção, com perda de postos de trabalho e a manutenção dos empregos gerados por essa atividade. Este é apenas um exemplo, entre inúmeros outros, do quanto é difícil esse tema que exige de nós uma prática democrática baseada no saber dialogar, em saber ouvir as partes envolvidas para buscar um denominador

comum na direção de interesses maiores, no nosso caso da saúde e o bem estar do conjunto das pessoas.

A fala do Dr. Guilherme trouxe alguns exemplos concretos da atuação do Ministério da Saúde no campo das relações entre as esferas da produção e do consumo e a saúde dos trabalhadores e da população. Entre os problemas lembrados pelo Dr. Guilherme Franco e pelo Deputado Adelmo Leão estão os acidentes no transporte de cargas perigosas, que acarretam o vazamento de produtos químicos, contaminando cursos d'água e solos; a devastação ambiental e o adoecimento produzido na produção de carvão. Segundo Dr. Guilherme estão identificadas hoje no Brasil, cerca de seis mil áreas contaminadas, com conseqüências ainda pouco ou nada conhecidas para a saúde das pessoas e outras formas de vida. Sabemos que em Minas Gerais temos situações dramáticas, algumas bem próximas a Belo Horizonte, como por exemplo, uma possível contaminação do solo e de cursos de água pelo arsênio; por mercúrio em áreas de garimpo; por agrotóxicos com ampla distribuição no estado, assoreamento de rios, contaminação do ar por poeiras diversas, como a sílica, em unidades de produção localizadas no domicílio dos trabalhadores, como no caso dos lapidários de pedras semi-preciosas e no artesanato de pedra sabão. E o SUS recebe e tem que assistir as pessoas doentes e além de cuidar delas tem a responsabilidade de atuar na prevenção por meio da vigilância da saúde.

Esta ação integrada assistência – vigilância está colocada como um dos princípios do SUS e tem sido uma bandeira das ações no campo da Saúde do Trabalhador. Este é o segundo ponto que eu gostaria de destacar nesta manhã. Precisamos buscar atuar de modo integrado e o controle social tem um papel fundamental na cobrança de que – de fato- isto ocorra.

É indiscutível que o SUS já cuida das questões de saúde do trabalhador e de saúde ambiental, mas precisamos desenvolver estratégias, como apontado pelo Dr. Guilherme, para uma ação conjunta e integrada, capaz de lidar com os problemas para além do imediatismo da assistência ao doente ou acidentado que chega ao serviço de saúde. Precisamos ir além, por meio das ações de vigilância, integrando a atuação da Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e a Vigilância da Saúde do Trabalhador. Este é um grande desafio para o SUS, que somente poderá ser superado por meio do diálogo intra-setorial, no âmbito do SUS e inter-setorial, envolvendo os outros órgãos do governo responsáveis pela saúde e a segurança das

pessoas, como o Ministério do Trabalho, Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Agricultura, entre outros.

Finalizando, gostaria de chamar a atenção para a oportunidade da formação de novas parcerias para uma ação integrada do controle social, no campo das relações Produção-Consumo, Ambiente e Saúde. O processo de instituição da Saúde do Trabalhador é um bom exemplo da importância do controle social para implementar e garantir ações de saúde inovadoras no âmbito do SUS. A construção do campo da Saúde do Trabalhador nesses últimos 20 anos somente tem sido possível por meio de uma parceria estreita entre os profissionais dos serviços de saúde, das instituições de ensino e pesquisa e o movimento de trabalhadores. Entretanto, nos últimos anos, a área tem se ressentido dessa cooperação, uma vez que a grave crise econômica que atravessamos e as mudanças na organização do trabalho, no processo de reestruturação produtiva deslocaram o foco da atenção dos sindicatos para a defesa dos postos de trabalho. Também, a presença de grande número de trabalhadores no setor informal, que em alguns setores produtivos representam mais de 50% da força de trabalho, tem contribuído para a fragmentação e o esvaziamento da luta por melhores condições de trabalho e saúde.

Assim, torna-se necessário construir novas alianças, buscar esses trabalhadores nos locais onde estão organizados e representados. É nesse cenário que o interesse comum em torno das questões ambientais, que incluem muitos dos problemas de saúde dos trabalhadores, aparece como possibilidade de construção de parcerias e alianças que podem gerar ações efetivas e mudanças nos processos de trabalho geradores de dano para a saúde e o meio ambiente.

Em síntese, o que nos move e reúne é o compromisso com a luta em defesa da Vida. Vida digna, prazerosa para todos nos e para as gerações futuras. Para isto temos muito trabalho pela frente. Precisamos pensar e construir um novo modelo de sociedade, onde novas formas de produção e um novo modo de distribuir as riquezas geradas pelo trabalho humano possibilitem a Vida na sua plenitude. E o SUS que queremos e que estamos construindo, tem um papel importante nesta história. Muito obrigada!

## **PROPOSTAS ESTADUAIS**

### **EIXO 7- O TRABALHO NA SAÚDE**

1. Que a União, o Estado e os Municípios sigam as diretrizes propostas na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos - NOB/RH, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, inclusive com regulamentação e repasse de recursos.
2. Buscar a reposição automática da força de trabalho, respeitando a NOB/RH, como componente da política de Recursos Humanos do SUS.
3. Consolidar a mesa permanente de negociação do SUS, através de lei, buscando a participação dos trabalhadores, ampliação e divulgação dos resultados das discussões, com participação do controle social.
4. Implantar e implementar Plano de Cargo, Carreira e Salário – PCCS, para a área de saúde contemplando todas as categorias profissionais, em todos os níveis de escolaridade, com a criação em lei de todos os cargos e funções, com a inclusão dos já existentes, e definir critérios reais de progressão e ascensão nas três esferas de governo.
5. Melhorar a remuneração dos trabalhadores do SUS, garantindo equiparação salarial para funcionários que atuem na mesma área, preservando os mesmos direitos; quanto ao salário, vale-transporte, vale refeição e com a incorporação do plus – Programa de Saúde da Família e outros.
6. Garantir, nas três esferas do governo, a remuneração conforme lei específica e o pagamento dos adicionais de insalubridade e periculosidade a todos os profissionais de saúde que se enquadram nos requisitos da lei, como também a implantação de política de vigilância de saúde e segurança do trabalho do SUS e direito dos Servidores públicos.
7. Imediata sensibilização de todos os funcionários da saúde através de cursos, visando conhecimento da conquista histórica da Reforma Sanitária e o avanço que o SUS representa com o objetivo de melhorar as relações entre os trabalhadores e usuários.
8. Ser o concurso público a única forma de acesso ao serviço público de saúde e garantir a capacitação dos concursados.
9. Valorização da saúde bucal com inclusão de profissional odontólogo nos Programas de Saúde da Família - PSF's, com salário compatível, material adequado e cumprimento da jornada de trabalho.
10. Garantir a regulamentação isonômica da jornada de trabalho para todos os trabalhadores do SUS, nas três esferas de governo, em Lei Federal, sejam eles vinculados às instituições públicas e/ou conveniadas/contratadas, em particular àqueles que trabalham em setores que envolvem maior desgaste físico.
11. Supervisão da jornada de trabalho dos profissionais de saúde e que os coordenadores na áreas de saúde cumpram suas cargas horárias de trabalho juntamente com todos os trabalhadores da área de saúde a nível Federal, Estadual e Municipal, com controle social.
12. Garantir igualdade nos atendimentos de pedidos de transferências, contemplando os pedidos já formalizados, tendo em vista a efetivação dos concursados.
13. Conforme a legislação trabalhista atual, em caso de redução da jornada de trabalho, que se garanta a remuneração sem redução, conforme disposto na legislação. Deve-se, ainda, dar prioridade para os compromissos de pagamento em dia dos servidores. O pagamento de todos seguimentos deve ser determinado e divulgado com antecedência, respeitando-se os direitos trabalhistas.



14. Garantir aquisição e distribuição pelas Secretarias Municipais de Saúde de kits de material para o trabalho das parteiras credenciadas, que participarão de cursos de capacitação.
15. Implantar e fazer cumprir as atividades de capacitação dos trabalhadores da Saúde, partindo-se da lógica e das diretrizes do SUS, em todos os níveis gerenciais, criando-se uma programação articulada, planejada e de impacto sobre o serviço a que se destina, com avaliação contínua.
16. Capacitar os Agentes de Saúde da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Secretarias estaduais e Municipais de Saúde. (PROFORMAR) – Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância à Saúde, devendo ser gerenciado por profissional do quadro efetivo.
17. Encaminhar projeto de lei a Assembléia Legislativa do Estado oficializando a profissão do Agente Comunitário.
18. Buscar a integração das instituições afins em saúde do trabalhador em nível Federal, Estadual e Municipal.
19. Implantação do programa de atenção integral a saúde do trabalhador em todos os municípios.
20. Integração interinstitucional e extrainstitucional na formação, qualificação e educação continuada dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS com o apoio da Universidade e de outros parceiros que atuam na área da Saúde do Trabalhador.
21. Que o Estado em seu papel de coordenador e normalizador da política de assistência à Saúde do Trabalhador acompanhe e fiscalize a implantação das ações e serviços em todos os municípios habilitados nos termos da NOAS/02, evitando sobrecarga de atendimento nos pólos regionais e micro regionais.
22. Buscar atuação mais eficaz da Câmara Técnica de Saúde do Trabalhador do Conselho Estadual de Saúde, como órgão colegiado que tem a função de definir, acompanhar e avaliar a política de Saúde do Trabalhador no Estado, sendo esta, uma deliberação deste Conselho.
23. Capacitação permanente de todos os profissionais de saúde pública em Saúde do Trabalhador, facilitando a identificação de patologias relacionadas ao trabalho e manter um grupo permanente para atuar em defesa da Saúde do Trabalhador.
24. Ampliar e promover ao status de Superintendência a Coordenação de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde/MG, com equipes adequadas às demandas, objetivando a implantação da RENAST ( Rede Nacional de Saúde do Trabalhador), Coordenação de Serviços Assistências e de Vigilância em Saúde do Trabalhador.
25. Garantir a implantação e a atuação da CIST/MG (Comissão Interinstitucional em Saúde do Trabalhador), conforme indicação do 1º Encontro de Saúde do Trabalhador realizado pela Coordenação de Saúde do Trabalhador da SES/MG no ano de 2003. Incluir a participação do Ministério da Previdência e Assistência Social, Delegacia Regional do Trabalho, Câmara Técnica de Saúde do Trabalhador dos Conselhos de Saúde e representantes de trabalhadores, empregadores e municípios com Programas de Saúde do Trabalhador, Criação de sistema de informática e vigilância em saúde do trabalhador.
26. Reconhecimento como categoria profissional em âmbito nacional dos trabalhadores em controle de Zoonoses.

### **PROPOSTAS FEDERAIS**

#### **EIXO 7- O TRABALHO NA SAÚDE**

27. Garantia dos direitos trabalhistas para as equipes do Programa de Saúde da Família - PSF.
28. Implantar equipes multidisciplinares através de concurso público, para profissionais de saúde; adequar o espaço físico das unidades de atendimento onde atuarão essas equipes, nos diversos níveis de atenção.
29. Exigir das instituições públicas e privadas as notificações e comunicações obrigatórias dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em saúde, e fiscalizar considerando como objeto de infração a sua omissão.
30. Reorganizar a infra-estrutura do programa de Saúde do Trabalhador incorporando representantes dos serviços de saúde através das CIPA'S e da Secretaria de Segurança do Trabalho, garantindo resolutividade e qualidade do mesmo.
31. Implantar a Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (REANAST – Lei 1679 de 19/02/2002) junto a SUS, especialmente a implantação do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador com indicação de regionalização de serviços de saúde do trabalhador em todo o Estado de Minas Gerais.
32. Desenvolvimento de Recursos Humanos com formação continuada com garantia orçamentária nas três esferas de governo .
33. Promover processo de discussão junto às instituições formadoras de recursos humanos para saúde, a inclusão na grade curricular desses cursos de uma disciplina sobre saúde pública, em níveis médio e superior.
34. Estímulo às Universidades na formação de profissionais de Saúde com a inclusão das disciplinas relacionadas à saúde pública e de Atenção Básica à Saúde da família.
35. Que todos os profissionais de saúde formados em Universidades públicas façam atendimentos diários remunerados para o SUS pelo período mínimo de 1(um) ano.
36. Criar fórum de discussão com temas que interfiram no processo de trabalho em saúde (violência, drogas). Implantar uma política séria de atenção à Saúde do trabalhador do SUS, criando um órgão específico para cuidar deste assunto.
37. Criação da cartilha do servidor público com direitos e deveres inerentes aos colaboradores, tanto para efetivos, contratados, quanto ao de funções públicas.
38. Melhoria nos cuidados de saúde para atendimento aos funcionários do SUS, principalmente em casos daqueles que tenham problemas de saúde decorrentes do exercício profissional.
39. Garantir remuneração adequada, educação e qualificação e avaliação continuada para todos trabalhadores contemplando a interdisciplinaridade.
40. Incorporação da indenização de campo aos salários dos trabalhadores da FUNASA e dos demais trabalhadores da saúde que atuem na zona rural em trabalho de campo.
41. Promover a educação sexual para os trabalhadores do SUS em todos os níveis de assistência, a prevenção a DST/AIDS.
42. Inclusão de profissionais de saúde mental na Atenção Básica.
43. Que o governo federal convoque a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador envolvendo todos os Ministérios.
44. Identificar, promover ações de saúde e tratamento em dependência química (alcoolismo), na assistência da saúde do trabalhador.
45. Promover e garantir ambiente salubre de trabalho ao trabalhador da Saúde.
46. Garantir a transferência de recursos do “FAT” para o SUS, visando a promoção da saúde, desenvolvimento de ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador.

47. Informação, capacitação e obrigatoriedade de emissão pela CAT (Comissão de Acidentes do Trabalho), das notificações de Acidentes do Trabalho nos serviços de saúde dos SUS.
48. Institucionalização do dia 28/04 como o dia de sensibilização sobre a Saúde do Trabalhador.
49. Garantir os benefícios e as ações de reabilitação bio-psico-social dos trabalhadores possibilitando a inserção no mercado de trabalho, mediante convênio entre Ministério da Previdência Social e Sistema Único de Saúde - SUS.
50. Incentivos para mudança na formação técnica em saúde para atender às necessidades de saúde da população, principalmente relacionada à Saúde do Trabalhador e aos princípios e diretrizes do SUS.

**Mesa Redonda – “ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE: PAPEL DO MUNICÍPIO, ESTADO E UNIÃO”.**

**Expositor:** Ivan Coelho  
Ministério da Saúde

**Debatedor:** José Maria Borges  
Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

**Debatedor:** Luiz Felipe Caran  
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais

**Debatedor:** Túlio Batista Franco  
Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte

**Moderadora:** Myriam Araújo Coelho Tibúrcio  
Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

**José Maria Borges**

Boa tarde a todos, espero que possamos estar o mais confortável possível nesse calor, logo depois do almoço, mas esse é o esforço que nós esperamos e tenho certeza que todos que estão aqui fazem em prol do SUS. Eu queria inicialmente dizer que teria muito prazer em estar ouvindo a Jandira, parlamentar que desenvolve um papel importante no cenário federal, na câmara federal, na defesa dos interesses do SUS e da cidadania representados, na saúde, pelas Leis 8080 e 8142. Mas é para mim um prazer enorme saber que o Ivan irá substituí-la. Eu acho que com a presença do Ivan, certamente ganhamos com a experiência daquele que já foi gestor de cidade importante do nosso estado, Betim. Já foi gestor junto à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, e, portanto, aliará prática e conteúdo teórico do SUS. Eu até deveria lamentar a perda, pelo estado de Minas, da presença do Ivan no encaminhamento, nas discussões no dia-a-dia do nosso estado, seja no município de Belo Horizonte, seja na Secretaria de Estado. O Brasil inteiro ganhou com a presença do Ivan no Ministério da Saúde. A minha convicção desde o painel de ontem, que eu participei, era de estar exclusivamente fazendo, realizando aqui o meu papel de debatedor. Pontuando apresentações, proposições, conhecimentos importantes trazidos pelo expositor. Dado a circunstancia do convite ultimado, o Ivan precisaria, de um tempo para estar organizando sua fala. Assim, inverte-se um pouco o papel do debatedor e me confere um pouco a liberdade de estar fazendo, ou trazendo para esse plenário, algumas convicções, posições pessoais com relação ao SUS que todos nós queremos. Eu vou abordar 3 ou 4 pontos, dentro do

meu limite de tempo, fazendo um pequeno retrospecto histórico para pontuar diferenças fundamentais entre sobre NOB de 91/96 e a NOAS de 2001, e suas sucessivas reformulações. A NOB em 93 quando quis ordenar o sistema de saúde enviado pelas leis 80/80 e 81/42 possivelmente, eu não direi que cometeu um excesso, mas direcionou todo o seu esforço de organização no sentido de caracterizar, destinar ao município a condução absoluta de todas as atividades, de todas competências do sistema público da saúde. Repetiu um pouco esse conteúdo nas suas sucessivas reavaliações. Com isso, o papel do Estado ficou um pouco relegado a um plano não discutido, ficou um pouco no vazio, sem instrumentos para cumprir, na sua plenitude, exercer o seu papel no SUS. A NOAS surgiu exatamente para dar um reordenamento, sem retirar do município a condição de direção única no seu nível de governo. Restituir ao estado o seu papel. Com a NOAS, fica muito bem caracterizado o papel do Estado na condução dos esforços para que o SUS se torne cada vez mais a realidade que todos nós esperamos. A NOAS então redirecionou, redimensionou o papel do estado nas condições das políticas de saúde. Eu gostaria de acrescentar que é exatamente dentro desse redirecionamento, que a atual gestão da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, conduzida pelo secretário Marcos Pestana, tem proposto e tem procurado, num esforço enorme, imprimir as gestões da saúde no nosso Estado. O Estado é hoje não mais um prestador de serviço de saúde. Embora tenhamos que considerar, como é a realidade de muitos estados brasileiros, ainda existem segmentos em que o estado cumpre o papel de executor de políticas. Não é segredo para nenhum de nós ter o Estado de Minas ter um papel importante de prestador, principalmente na política hospitalar, especialmente na atenção a urgência e emergência. Contudo, não é mais esse o papel do Estado. Seu papel é de condução política, é de indução de políticas de saúde e de controle, de avaliação, de treinamento de pessoal, não para execução direta, mas para suprir as necessidades operacionais dos municípios. Nesse sentido, o Estado Minas Gerais está dividido em 75 micro regiões, 96 pólos regionais e 13 macro regiões. Temos que contemplar também, o pólo estadual que é Belo Horizonte. A unidade de planejamento do Estado deixa de ser a macro região e passa, na verdade, a focar a visão do planejamento microrregional, por entender que é aí que pactuação, que as ações, na verdade, coordenadas e executadas pelos municípios, se dão de fato. E ele, Estado, passa a fazer o seu papel de coordenação e de indução de políticas, tendo em mente todos os dispositivos constitucionais do SUS, mas principalmente, os princípios da equidade. O Estado vai estar procurando focar, contemplar no seu planejamento, os que mais necessitam de

forma privilegiada. Para isso, o Estado construiu uma programação pactuada integrada. Com a PPI construiu-se um PDR que fosse capaz de permitir um desenho das redes assistenciais. Estamos no início de uma discussão, em função das redes assistenciais, sobre os investimentos, de competência do Estado, para que essas redes assistenciais consigam cumprir adequadamente aquilo que é expectativa da população, dentro de um orçamento sabidamente pequeno não só no estado de Minas Gerais, mas no Brasil com um todo. E para terminar, o Estado nessa perspectiva não tem nenhum interesse de imposição, mas sabe com absoluta tranqüilidade e com absoluta honestidade, que com os recursos que dispomos, ainda que estivéssemos cumprindo ou podendo cumprir em 2004 a chamada emenda constitucional 29, os recursos ainda seriam muito pequenos em função das necessidades. Até mesmo para cumprir a pactuação programada integrada (PPI). É preciso enfatizar de que a atenção primária deve ser valorizada e apoiada pelo Estado, para que os municípios possam executar adequadamente, principalmente através do programa viva-vida e do programa da saúde da família, a PPI. A alta complexidade, por uma questão de dimensionamento, por uma questão de escopo, deverá ser orientada dentro das redes assistências como uma competência induzida pelo Estado. A media complexidade deve ser construída através dessa discussão microrregional. Tudo isso não poderá ter o sucesso que se imagina, se não houver uma grande fusão de interesses, um grande aperto de mão entre municípios, estados e governo federal, no interesse de um SUS de qualidade, abrangente, e feito com equidade social. Muito obrigado.

### **Túlio Batista Franco**

Boa tarde a todos eu gostaria inicialmente de agradecer o convite para estar aqui hoje falando na Conferência estadual de saúde, agradeço o conselho municipal de saúde que me indicou para representa-lo nessa mesa. Gostaria inicialmente, anunciar rapidamente que hoje às 18h nós vamos estar lançando o livro “Trabalho em Saúde” com autoria do Emerson Meyer e outros autores no estande da editora Ucitec que fica do lado esquerdo do salão e dizer que em relação ao Pena eu acho muito oportuno que agente possa discutir a relação das três esferas de governo dado o enorme desafio que temos pela frente em construção do SUS, mesmo que nesses anos todos nós tenhamos andado muito nessa direção, mais importante registrar que a esfera federal como vai ser posteriormente discutido pelo Ivan, ele se coloca no cenário de construção do SUS com um grande regulador do sistema, o grande normatizador do sistema, que tem o poder direciona o serviço de saúde de alguma forma e é também grande provedor de recursos

financeiros pro SUS como é sabido com orçamento de mais de R\$ 30milhoes para esse ano. Por outro lado o município se coloca como o gestor que tem a atribuição de organizar junto com o estado os serviços de saúde, mas principalmente o município na atenção básica a quem se dedica, planeja, organiza, faz a administração e a gerencia cotidiana no serviço na atenção básica. O mesmo que com todo o esforço que nós tenhamos feito nós podemos dizer que muito resta para fazer nessa área, porque não conseguimos obter apesar desses anos todos de construção do SUS uma equação satisfatória entre custo e eficácia do sistema. A tendência do nosso sistema tem sido, por mais que se tenha investido na assistência básica a tendência de elevação dos custos de incorporação instrumental na produção da saúde e se contrapondo a uma eficácia que se mostra importante e interessante naquilo que se diz respeito à vigilância à saúde, mas uma eficácia que ainda não conseguiu se adequar necessariamente, a investimento que é feito não conseguiu ainda resultados satisfatórios, nós vemos na organização do serviço de saúde, o ministério tem procurado estimular de forma importante o desenvolvimento e ampliação do programa saúde da família, que é a principal proposta de organização da atenção básica colocada num cenário de debate de desenvolvimento do SUS. No entanto o que nós verificamos aqui, este estímulo que tem sido dado a organização do programa de saúde da família, o PSF assumiu, ou verificar esses 10 anos de implantação do PSF, ela assumiu nos diversos municípios diferentes formatos, diferentes formas de organizar as equipes, diferentes processos de trabalho de organizar a atenção à saúde apartei do programa saúde da família. Nós vemos que, essas diferenças que foram estabelecidas, quando no momento de implantar e organizar o PSF coloca para nós uma questão importante que é a seguinte: porque ele foi assumir diferentes formas apesar da diretriz do ministério da saúde ter sido exclusivamente uma? É porque a diversidade do nosso país, a extensão territorial e a diversidade epidemiológica sanitária, as condições sócio-econômicas foram definindo formas diferentes de atuar na atenção básica e de organizar a atenção à população. Então é observando essas formas diferentes que foi assumindo é que eu acho que é necessário haver um estímulo ao PSF, uma organização do PSF, mas de forma mais flexível às normas que são estabelecidas hoje. Eu coloco isso como ponto importante de discussão da Conferência, visto que, um programa dessa magnitude que já conta com 17 mil equipes em todo o país, ele não se organiza por esforço de somente uma esfera de governo, ele se organiza com esforço das três esferas de governo. O governo federal provendo de recursos estimulando as diretrizes de organização, o estadual coordenando e apoiando tecnicamente nas diversas regiões e o municipal

efetivamente fazendo a gestão e implantação e organização dos processos de trabalho no PSF. Portanto uma flexibilização nas normas que regem o PSF que poderia favorecer enormemente a população na medida em que, se nós temos hoje 17 mil equipes no país e como foi anunciado pelo ministro Umberto Costa no início da Conferência, no congresso da Abras em Brasília, em julho que o objetivo é aumentar para 34 mil equipes ainda este ano de 2003. No país essa flexibilidade é necessária porque o programa da saúde da família para agenda de desenvolvimento e organização do SUS duas questões que eu acho absolutamente importantes. A primeira: trouxe o vínculo da clientela que até então era pontual e reservada a alguns poucos espaços de desenvolvimento do SUS. E a vinculação de clientela o modelo voltado a essa diretriz clientela vinculada a uma equipe ganhou cena da discussão da saúde e conseguiu universalizar essa diretriz. Outra coisa importante foi à ampliação da vigilância à saúde que já era uma diretriz colocada, mas não era tão eficaz e descentralizada com está sendo PSF. No entanto no que diz respeito a assistências aos usuários na clinica propriamente dita na assistência daquelas pessoas que já se instalou o processo mórbido não conseguimos chegar a uma equação satisfatória, de ter eficácia, resolubilidade de fazer com que a assistência seja de fato integral, de mudança real no processo de trabalho e cuidado com as pessoas. E isso nós precisamos focar daqui pra frente, nós precisamos voltar à atenção a essa questão e não podemos achar que a organização de projeto de trabalho é simplesmente retornar os profissionais de uma unidade de saúde pro território de município, na verdade nessa unidade de saúde a uma função para ser extremamente importante para ser feita ao atendimento das pessoas organização da assistência e a vinculação dessas pessoas para o cuidado que elas devem ter. Portanto eu imagino que essa questão colocada na nossa discussão e um estímulo que o ministério da saúde é capaz tem a competência e o poder de fazer ao desenvolvimento do modelo assistencial para outro sentido, ele pode perfeitamente é capaz, tem a competência e o poder de fazer ao desenvolvimento do modelo assistencial para outro sentido, ele pode perfeitamente fazer isso de modo colocado na discussão para que nós possamos ter um serviço de saúde que seja absolutamente integralizado, que seja absolutamente voltado também a discussão daquelas outras áreas que não a atenção básica. Isso é uma questão absolutamente importante porque o modelo atual de produção a saúde que tem centralizado a sua atividade no plano instrumental, num plano de instrumentos e muito pouco relacional, esses modelo ainda não conseguiu ser superado por mais esforço que tenha se feito na reorganização do serviço de saúde. E esse modelo tal como é organizado é um modelo



absolutamente caro e pouco eficaz no caso das pessoas e aquilo no que elas necessitam. Portanto isso precisa vir a nossa discussão nós não podemos mais considerar como normal no SUS as filas de espera para especialidades, a grande demanda existe para esse serviço e muitas vezes é porque o padrão que nós usamos das praticas assistências ainda não é um padrão adequado. A tensão básica para o cuidado para as pessoas estabelecendo a elas projetos terapêuticos, acompanhamento enfim isso é o grande desafio que está colocado para nós, mas existe uma solução pronta e acabada, mas nós precisamos nos colocar neste desafio, tentar fazer um esforço coletivo das três esferas de governo para conseguirmos alterar o padrão tecnológico de produção da saúde. Essas são as questões que eu queria trazer e fazer um apelo a essa Conferência que discuta a questão que certamente esses problemas são os maiores desafios que temos que enfrentar. Estou falando de uma mudança estrutural por outras discussões. Muito obrigado.

## **PROPOSTAS ESTADUAIS**

### **EIXO 5 - A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

1. Criação de Delegacias Especiais em atendimento a mulher vítima de violência em todos os municípios, pelo Governo de Estado em parceria com o Governo Federal.
2. Aumentar o número de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), e o número de leitos hospitalares conjuntamente com implementação de auditoria das mesmas.
3. Viabilizar com facilidade a desburocratização do SUS, bem como fortalecimento dos serviços de média complexidade em todo o Estado.
4. Buscar junto a FHEMIG a municipalização do Hospital Padre Damião e a UAPU Leste/Esplanada - BH e a regionalização do sanatório Santa Fé Três Corações para atendimento ambulatorial e internação.
5. Capacitar e dotar as microrregiões de recursos para realizações de exames de média complexidade.

### **EIXO 8 – CIÊNCIA E TECNOLOGIA E A SAÚDE**

6. Ampliar a quantidade de pesquisas na saúde, por meio de incentivos especiais, que possa fomentar pesquisas regionais com a noção de banco de dados.
7. Que se estimule à produção científica e tecnológica direcionada às necessidades regionais, com no mínimo 05 projetos por área de atuação, por ano pelas faculdades, centro de pesquisas e de ensino.
8. Parceria com Organizações Não Governamentais - ONG's e setor privado com normas específicas para produção científica.
9. Investir na pesquisa e na produção de medicamentos, por meio dos laboratórios oficiais, reduzindo os custos de produção.
10. Nova Política de orientação para medicamentos por meio das farmácias de manipulação implantadas nos municípios, criação de grupos de prevenção em várias áreas: saúde mental, nutrição, obesidade etc, tanto no Município quanto no Estado.
11. Implementar oficialmente no SUS Estadual o atendimento através da Homeopatia e demais terapias holísticas, garantindo os recursos e o fornecimento de medicamentos.
12. Regularização da Farmácia Básica, através da Fundação Ezequiel Dias - FUNED, enviando para o município medicamentos que foram solicitados de acordo com a demanda, criando incentivos para viabilizar o abastecimento regular, melhorando o acesso da população aos medicamentos.
13. Central única de distribuição de medicamentos, dotada de profissional de nível superior (farmacêutico ou bioquímico), com o sistema informatizado e ampliação da farmácia básica.
14. Garantir a distribuição regular dos medicamentos de uso contínuo, para tratamento da tuberculose, diabetes, doenças cardíacas, hipertensão, hanseníase, doenças mentais e as oportunistas da AIDS e disfunção da tireóide.
15. Melhorar a dispensação de distribuição dos medicamentos da farmácia básica, evitando as irregularidades na disponibilização e aumentando o leque de medicamentos disponíveis.

16. Modernizar e otimizar a linha de produção da Fundação Ezequiel Dias – FUNED, e criar uma rede da própria FUNED, de excelência para produção de medicamentos.
17. Melhoria no planejamento/fiscalização quanto à entrega dos medicamentos, repasse da verba e utilização da mídia.
18. Que o Governo Federal assuma a responsabilidade de distribuir para os municípios que não recebem bolsas de colostomia, coletor urinário, bolsas de coleta, materiais para assistência aos portadores de câncer, estes materiais.
19. Informatizar as farmácias centrais que distribuem os remédios nos municípios, com o treinamento dos entregadores de medicamentos.

#### **EIXO 10 – INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

20. Divulgação ampla, através de boletins trimestrais dos recursos recebidos e dos investimentos e gastos realizados pelas três esferas do governo, ampliando, melhorando, racionalizando e garantindo a periodicidade dos mecanismos informativos sobre investimentos.
21. Aprimorar a qualidade e a divulgação das informações relativas não só ao novo modelo de saúde, mas também ao SUS em geral, efetivando estas ações através da elaboração de manuais do usuário (SUS) e cartilha que tornem a implantação de novos programas receptivos à população.
22. Criação da Ouvidoria de Saúde, com designação de profissional com perfil adequado ao exercício da função.
23. Aprofundar, nos conselhos, as gestões colegiadas, aumentando a participação e garantindo a democracia nas decisões, e que as entidades propiciem a capacitação dos seus membros.
24. Implementar um plano para educação e comunicação em saúde com atualização permanente, sendo coordenada e implantada pelas DADS.
25. Que o Conselho Estadual de Saúde viabilize maior comunicação com os Conselhos Municipais de Saúde.
26. Implementar um plano permanente de informação, educação e comunicação em saúde, na mídia em geral, com garantia de espaço para divulgação sem ônus para os municípios.

#### **PROPOSTAS FEDERAIS**

##### **EIXO 5 - A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

1. Encaminhar ao Conselho Nacional de Saúde pedido de revisão da política de financiamento do Programa de Hanseníase.

##### **EIXO 8 – CIÊNCIA E TECNOLOGIA E A SAÚDE**

2. Parceria com Organizações Não Governamentais - ONG's e setor privado com normas específicas para produção científica.
3. Implantar políticas de produção e distribuição de medicamentos, estabelecendo políticas de controle de preços máximos para o consumidor dos medicamentos básicos bem como revisão da lei dos medicamentos genéricos, no sentido de abolir o reconhecimento de pacotes de medicamentos no país.
4. Manutenção sistemática e abastecimento suficiente de medicamentos proporcionais ao número de habitantes da área de abrangência da unidade, preferencialmente através de cadastramento.

5. Priorizar recursos e investimentos em tecnologia nacional, visando melhorar a qualidade e diminuição de custos de medicamentos.
6. Promover fóruns da assistência farmacêutica debatendo todos os princípios do SUS, Universalidade, Integridade, Equidade e Controle Social.
7. Implantar uma política de melhor atendimento aos itens de medicamentos da Farmácia Básica, com maior regularidade na distribuição, como também na ampliação da relação dos medicamentos hoje distribuídos.
8. Ampliar e agilizar os sistema de fornecimentos de medicamentos para portadores de diabetes, hipertensão, hanseníase, tuberculose, Human Immunodeficiency Virus (Vírus Imunodeficiência Humana) – HIV, doença renal crônica e incluir medicamentos relativos a Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST's e contraceptivos por parte do Estado/Ministério da Saúde.

## **EIXO 10 – INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

9. Modernização dos Sistemas de Informação do SUS, através da criação de uma interface criando um Núcleo de Inteligência e Vigilância em saúde (Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Saúde Trabalhador, etc).
10. Que o Ministério da Saúde promova mais campanhas efetivas de saúde preventiva, oferece subsídios (equipamentos e capacitação dos profissionais) dos municípios para promoção das campanhas e que não fique apenas nos materiais de divulgação já instituídos.
11. Ampliar o conhecimento da população sobre o SUS, suas diretrizes e os mecanismos de controle social, utilizando os cursos de capacitação dos conselheiros através da educação continuada, incluindo as de gestão.
12. Elaborar cartilha com a finalidade de conscientizar o usuário com relação aos seus direitos e deveres frente ao SUS, possibilitando mais conhecimento.