

# JORNAL DO CNS



Conselho  
Nacional  
de Saúde

Publicação mensal do Conselho Nacional de Saúde • ano 4 • julho de 2008 • ?????? ISSN 1809-3493 ??????

## SEM LUTA, NÃO HÁ VITÓRIA

### Regulamentação da Emenda 29 é Prioridade

O movimento social da saúde, academia, parlamentares, sindicatos e gestores comprometidos com o Sistema Único de Saúde sempre mantiveram o financiamento da Saúde como uma prioridade de luta.

Houve uma importante vitória com a aprovação da EC 29 em 2000, depois de 7 anos de luta pela aprovação da PEC 169, de autoria dos Deputados Eduardo Jorge e Valdir Pires. A luta, pois, de todos os que defendem um sistema de saúde equânime, integral, universal e com controle social garantiram essa conquista.

Desde então, a meta tem sido a defesa da regulamentação da EC 29, porque a definição de ações e gastos em saúde é essencial para que os

recursos públicos sejam investidos corretamente e que o controle social sobre os aspectos econômicos e financeiros seja assegurado e respeitado pelas três esferas de governo.

O PLC 01/2003, do Deputado Roberto Gouveia em consonância com a Resolução 322/2003 do CNS orientou a luta do movimento social por mais recursos financeiros nos últimos 8 anos.

No final de 2007, a Câmara dos Deputados aprovou a regulamentação da EC 29 a partir do PLC 01/2003, porém o Senado derrotou a proposta com a queda da CPMF que fazia parte do financiamento da saúde.

Agora, a Câmara aprovou novamente, por meio do PLC 306-B, criando a CCS - Contribuição Social da Saúde, que, após tramitar nessa casa, irá para a apreciação do Senado Federal.

Saiba nesta edição a opinião do Conselho Nacional de Saúde sobre essa contribuição e confira também a retrospectiva das lutas pelo financiamento da saúde.

Não haverá vitória sem mobilização. Por essa razão, o CNS conclama a todos para que pressionem os deputados e senadores a aprovarem mais recursos para a saúde e garantam, desta forma qualidade de vida da População.



Financiamento do SUS  
15 anos de luta pelos direitos do cidadão

**Página 3**

Células-Tronco  
ADIN que buscava restringir pesquisas é derrotada no STF

**Página 6**

Austregésilo Carrano -  
uma vida em defesa da saúde mental

**Página 7**

A saúde em cada estado do Brasil: Terceirização no DF prejudica serviços

**Página 8**

# Editorial

O Conselho Nacional de Saúde, em sua 38ª Reunião Extraordinária, em 28 de maio de 2008, analisou o cenário da tramitação da EC 29, na Câmara dos Deputados, por meio do PLC 306-B e considerou que os artigos do Projeto que tratam da regulamentação de ações e gastos em saúde foram contemplados, de acordo com a Resolução n.º 322/2003 do CNS. Quanto à participação financeira da União, as propostas apresentadas e debatidas foram dirigidas ao apoio à criação da Contribuição Social para a Saúde, sem perder de vista os 10% da receita corrente bruta da União na Reforma Tributária.

O Presidente da Câmara dos Deputados, Arlindo Chinaglia, presente na reunião do Conselho Nacional no início de maio, defendeu uma fonte de financiamento nova para aprovar a regulamentação oriunda do PLS 121/07 do Senado Federal.

A CSS, se aprovada, será cobrada nos moldes da extinta

CPMF, com alíquota de 0,1% e arrecadação totalmente dirigida à saúde.

Por isso, o CNS deliberou por esse apoio, em favor de uma fonte fixa de financiamento, pautando-se pela deliberação da 13ª Conferência Nacional de Saúde, em novembro de 2007, que repudiou os senadores contrários a manutenção da CPMF, o que prejudicaria o financiamento do SUS, acarretando desemprego e desassistência dos usuários, atrasando a regulamentação da EC 29.

Desde dezembro de 2007, quando o Senado extinguiu a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), votando por duas vezes contra a continuidade do tributo, o CNS manteve a atenção e mobilização junto ao Congresso, com vistas a fazer da sociedade civil, protagonista de condições adequadas de saúde para a população brasileira.

## O que é CSS

A Contribuição Social para a Saúde (CSS) será cobrada nos moldes da extinta CPMF, com alíquota de 0,1% e arrecadação totalmente direcionada ao setor. Se o projeto for aprovado pelo Senado, a contribuição entrará em vigor em 1º de janeiro de 2009 e não incidirá sobre aposentadorias, pensões e salários de trabalhadores registrados até o valor de R\$ 3.080,00.

Com a CSS, em vez dos 10% da receita corrente bruta definidos pelo Senado, o governo federal aplicará o valor empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), além do adicional da arrecadação da CSS.

Se houver revisão posterior para cima, no cálculo do PIB, créditos adicionais deverão ser abertos para ajustar o total. No caso de revisão para baixo, o valor mínimo nominal não poderá ser reduzido. Cálculos do governo indicam recursos extras de R\$ 11,8 bilhões, via CSS, em 2009.

## Emenda 7 – Vamos derrotá-la no Senado

Apesar do avanço da Câmara dos Deputados em tratar os recursos da saúde de forma prioritária no primeiro semestre de 2008, foi aprovada uma emenda ao artigo 35 do Projeto de Lei Complementar nº 306, que regulamenta a EC 29, com objetivo de reduzir as ações dos Conselhos de Saúde na fiscalização, formulação e deliberação de políticas, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A emenda 7 retira o dispositivo que condiciona os critérios de transferência de recursos fundo a fundo a aprovação dos Conselhos.

Essa decisão tem por objetivo enfraquecer o controle social na área de saúde e essa mudança é um retrocesso. Desde já, é essencial que todos os conselheiros de saúde busquem seus senadores e manifestem-se em relação à compreensão equivocada de diminuir o papel dos conselhos e com isso reduzir a importância da democracia participativa que garantem a qualidade dos serviços públicos.

## Expediente

Conselho Nacional de Saúde  
Presidente: Francisco Batista Júnior  
Secretária Executiva: Eliane Aparecida da Cruz  
Equipe de Comunicação  
Cristiano Torres – Jornalista (7106 JP/DF)  
Espedito Mangueira de Lima – Jornalista (808/03/15 JP/PB)  
Willian de Lima Barreto – Técnico em Informática

Telefone: (61)3315-2150 Fax: (61) 3315-2414  
Correio Eletrônico: cns@saude.gov.br  
Site: www.conselho.saude.gov.br

Colaboração  
Francisco Roza Funcia  
Cássia Gomes  
Mária Camila Borges Faccenda  
Gleisse de Castro Oliveira

Diagramação: Ivan C. de Almeida

Tiragem: 15.000 exemplares

Produção: SE/CNS/GM/MS/2008  
Esplanada dos Ministérios, Bloco "G" - Edifício Anexo, Ala "B" - 1º andar - Sala 103B  
CEP: 70058-900 - Brasília, DF



# FINANCIAMENTO DO SUS

## 15 anos de luta pelos direitos do cidadão

Um dos requisitos para a eficácia da política de saúde é a sua integração com as demais políticas governamentais, especialmente as sociais e econômicas. Assim como na área econômica o cumprimento dos contratos é uma das condições para sua estabilidade, na área da saúde o cumprimento contratual está representado pelo respeito à Constituição Federal que assegura o acesso universal às ações e serviços de saúde é um direito do cidadão, e que é dever do Estado garantir tal direito, o que requer condições adequadas de financiamento, entre outras medidas.

O Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde – evento que aconteceu de 7 à 11 de dezembro de 2003 – diz o seguinte na página 147 (Brasília, Ministério da Saúde, 2004): “Os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, qualidade e resolutividade dos serviços, integralidade e humanização da atenção só podem ser viabilizados com: um modelo de financiamento forte, expresso em leis e atos normativos que garantam o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis, com agilidade no uso dos recursos; com sistemas de informação orientados para a sua transparência, possibilitando o controle social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação; e com recursos alocados prioritariamente na implementação de redes de serviços públicos para a substituição gradativa da contratação dos serviços privados, principalmente os de alta complexidade.”

Um dos principais problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – desde sua criação pela Constituição Federal de 1988 – refere-se à natureza instável do seu processo de financiamento. Desde a curta vigência da norma constitucional que previa a alocação de 30% do Orçamento da Se-

guridade Social para a saúde, passando pelos empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e a criação da CPMF (e a consequente redução de outras fontes), a instabilidade e a insuficiência de recursos caracterizaram o financiamento do setor, inviabilizando o cumprimento da citada norma constitucional.

A Emenda Constitucional 29, de 13 de Setembro de 2000, representou

“  
**A regulamentação do processo de prestação de contas reforça a importância do controle social**  
”

um avanço, pois estabeleceu a base inicial de um processo de financiamento mais estável do SUS, além de regulamentar a progressividade do (IPTU) (o que fortaleceu as finanças municipais), de reforçar o papel de controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever sanções no caso de descumprimento dos limites de aplicação mínima em saúde.

A estabilidade buscada seria decorrente da vinculação da receita de impostos e transferências de Estados (12%) e Municípios (15%) para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, enquanto que para a União a aplicação mínima em cada ano, a partir de 2001, deveria ser calculada pela variação nominal do PIB

do ano anterior.

A análise dos gastos com ações e serviços públicos de saúde consolidados para o período posterior à Emenda 29, com base nos dados da Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento do CNS, do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – do Ministério da Saúde – e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística evidenciam: um crescimento dos gastos em relação ao PIB nos Estados e Municípios, e uma estabilidade dos gastos da União.

Apesar da importância da Emenda 29, a explicitação da fonte de recursos federais, da base de cálculo de forma adequada e do que são despesas com ações e serviços públicos de saúde não estão contemplados no texto constitucional. Essas indefinições fazem com que a instabilidade do processo de financiamento do SUS ainda esteja presente. O Projeto de Lei Complementar 01/03 contemplou inicialmente esses pontos, assim como o PLS 121/07 e o PLP 306/08, atualmente em tramitação no Congresso Nacional, aprovado pela Câmara dos Deputados e encaminhado para votação no Senado Federal.

Desta forma, a regulamentação da Emenda 29 estabelece de forma compatível com a Lei Federal 8080/90 e com a Resolução n.º 322/03 do Conselho Nacional de Saúde o que pode e o que não pode ser considerado como despesas com ações e serviços públicos de saúde para fins de aplicação mínima de recursos pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Essa definição no marco legal é de fundamental importância para garantir que a exigência de aplicação de percentuais mínimos com saúde não seja desvirtuada com a assunção de despesas estranhas que caracterizem desvio de finalidade na utilização dos recursos.

# SAÚDE da população do CAMPO e da FLORESTA



Fotos: Arquivo de imagens da Contag

A equidade talvez seja o elemento de maior ganho trazido pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Populações do Campo e da Floresta.

A Política, apresentada ao CNS, significa um passo a mais na conso-

lidação dos princípios do SUS, especialmente, em direção a universalidade e integralidade e constitui-se numa estratégia de enfrentamento das desigualdades regionais construídas historicamente entre o urbano e o rural.

O objetivo da Política de Saúde do Campo e da Floresta é atender camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados, acampados, assalariados e temporários, comunidades de quilombos, populações que moram nas reservas extrativistas, populações ribeirinhas, populações atingidas por barragens e outras comunidades tradicionais.

Essa parcela da população brasileira, que está fora dos centros urbanos sempre organizou movimentos pelo reconhecimento de seus direitos enfrentando o preconceito por serem enquadrados, inclusive pelos meios de comunicação, no estereótipo de residirem em lugares “atrasados” diante de uma população urbana superestimada como sendo “desenvolvida”. Ora,

a maioria da população das cidades veio do campo, essa contraposição está mais para interesses econômicos que interesses comunitários.

Foi durante 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, no debate do tema Descentralização e Municipalização dos Serviços de Saúde, que as questões relacionadas às condições de vida e de saúde na zona rural ganharam visibilidade.

Para a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde a reivindicação de atenção a saúde dos movimentos sociais do campo e da floresta contribuíram para que o Governo Federal assinasse a Portaria n.º 1.432/03 e a Portaria n.º 1.434/04, destacando o papel dos municípios cujos moradores estão prioritariamente em áreas rurais, através de aumentos no repasse de recursos para o PSF e Brasil Sorridente. Os agentes comunitários de saúde da zona rural dos municípios da Amazônia Legal também tiveram o número

## Conheça os principais pontos da política em construção e participe.

- Incorporar uma nova concepção de espaço rural (campo e floresta), reconhecendo e valorizando a diversidade e especificidade destes sujeitos, a partir da concepção que os povos do campo e floresta vem construindo em seus projetos políticos;
- Trabalhar a saúde integral a partir da qualidade de vida, assumindo as críticas que os movimentos sociais fazem aos padrões de desenvolvimento rural implementado no país, e defender a saúde como um componente importante de uma nova proposta de desenvolvimento rural sustentável apoiando as lutas e iniciativas dos movimentos sociais pela reforma agrária, fortalecimento da agricultura familiar, agroecologia, segurança alimentar, respeito às culturas dos povos, manejo sustentável dos ecossistemas;
- Reconhecer a diversidade e especificidade das necessidades de saúde dessas populações;
- Reforçar a importância de diálogo entre sociedade e Estado Democrático, reconhecendo os movimentos sociais e sindical do campo e floresta, como interlocutores legítimos de seus interesses e reivindicações frente ao Estado.
- Estimula o fortalecimento da participação e controle social, especialmente dos Conselhos de Saúde.
- Avançar na perspectiva da intersetorialidade (intraministerial e interministerial) das políticas públicas voltadas para o campo.

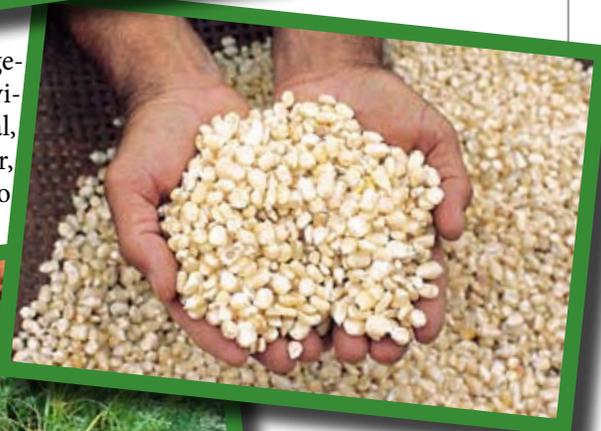
de famílias a serem atendidas redimensionadas.

Em 2005, por meio da Portaria nº 2.460, o Ministério da Saúde criou o Grupo da Terra (GT Terra) com representantes do governo e dos movimentos sociais do campo e na floresta, com o objetivo de elaborar uma política específica para essas comunidades possibilitando o diálogo entre os movimentos sociais e representantes de governo para atender as reivindicações e demandas de saúde desta população. O desafio do GT Terra foi contemplar, na política, o momento atual de desenvolvimento do campo, incluir as peculiaridades, especificidades e necessidades de saúde dos trabalhadores rurais, dos povos da floresta e comunidades tradicionais, preservando suas virtudes, responsabilidade pela conservação e preservação de seus valores éticos e comportamentais apreendidos na convivência com a natureza.

No Brasil, as políticas públicas sempre foram planejadas e executadas como se não houvessem diferenças regionais ou culturais no seio da população e esse comportamento tornou muitas ações inadequadas para atender as demandas dos grupos e populações

específicas, como é o caso das populações do campo e da floresta.

Investir no atendimento dessa diversidade brasileira promove a equidade que o Sistema Único de Saúde sustenta como um de seus princípios, impulsionando o desenvolvimento humano e a qualidade de vida, melhoria do nível de saúde decorrente de implementação de políticas intersetoriais baseadas na geração de emprego e renda, provimento de saneamento ambiental, habitação, segurança alimentar, educação, cultura e lazer, acesso a terra e transporte digno.



## Combate e prevenção em DST e AIDS continua sendo prioridade no Brasil



A atual situação de prevenção e combate à AIDS no Brasil, apresentada por Eduardo Luiz Barbosa, da Coordenação do Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde destacou que há uma mudança no perfil da população infectada pelo HIV, nos últimos anos, detecta-se um aumento no número de mulheres, de pessoas com mais 50 anos e entre a população jovem de 13 a 19 anos e heterossexuais.

Um fator importante, ressaltado para o sucesso do programa, foi a pactuação para o fortalecimento das ações estaduais e municipais, além do desenvolvimento de ações conjuntas com os movimentos populares e com os Conselhos de Saúde, sujeitos relevantes do controle social que contribuem nas dis-

cussões e implementação das políticas, ações e campanhas.

A atuação municipal apresentou uma avaliação positiva no combate a AIDS, principalmente pela descentralização do repasse de recursos fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para os municípios) que vem favorecendo os municípios a executarem de forma mais contundente o programa de DST e AIDS de acordo com sua realidade, dado que em mais de 85% dos municípios há pelo menos um caso.

Um destaque na política brasileira é a utilização do látex colhido aqui mesmo no combate a DST e AIDS. A fábrica estatal de produção de preservativos de Xapuri (Acre), inaugurada em

abril é considerada um grande avanço na produção de insumos. A fábrica representa o desenvolvimento sustentável da região ofertando novos empregos e utilizando a matéria prima local e é, sem dúvida, um impulso para o combate a AIDS no norte do país. A produção inicial da fábrica é de 100 milhões de unidade/ano de preservativos.

Foi ressaltado que o Programa Nacional de DST e AIDS no Brasil se mantém e amplia-se devido a articulação e integração das ações para a prevenção da infecção pelo HIV, como também pela forma como é desenvolvida a assistência as pessoas que vivem com AIDS, uma vez que estas ações são guiadas pelos princípios da equidade, integralidade e universalidade, como recomenda o SUS.

# Células-Tronco: ADIN que buscava restringir pesquisas é derrotada no STF



Gyselle Saddi Tannous (Arquivo CNS)

O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu, no dia 29 de maio, que as pesquisas com células-tronco embrionárias não violam o direito à vida, tampouco a dignidade da pessoa humana. Os dois argumentos foram usados pelo ex-Procurador-Geral da República, Claudio Fonteles, em Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN 3510) ajuizada com o propósito de impedir a continuidade dos estudos científicos. O resultado está de acordo com a posição assumida pelo CNS, que aprovou decisão favorável às pesquisas, em 17 de abril de 2008, por meio da Resolução nº 400/08.

Para seis ministros – dos 11 que compõem o STF –, o artigo 5º, da Lei de Biossegurança não merece reparo. Votaram nesse sentido Carlos Ayres Britto, relator da matéria, Ellen Gracie, Cármen Lúcia Antunes Rocha,

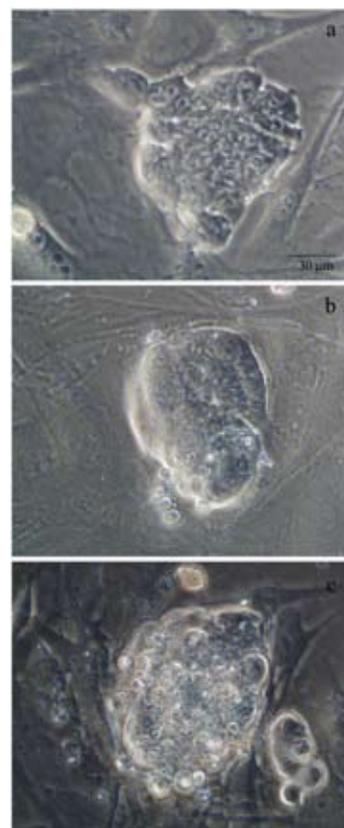
Joaquim Barbosa, Marco Aurélio e Celso de Mello.

Três ministros disseram que as pesquisas podem ser feitas, mas somente se os embriões ainda viáveis não forem destruídos para a retirada das células-tronco. Esse foi o entendimento de Carlos Alberto Menezes Direito, Ricardo Lewandowski e Eros Grau. Os três ministros fizeram ainda, em seus votos, várias outras ressalvas para a liberação das pesquisas com células-tronco embrionárias no País.

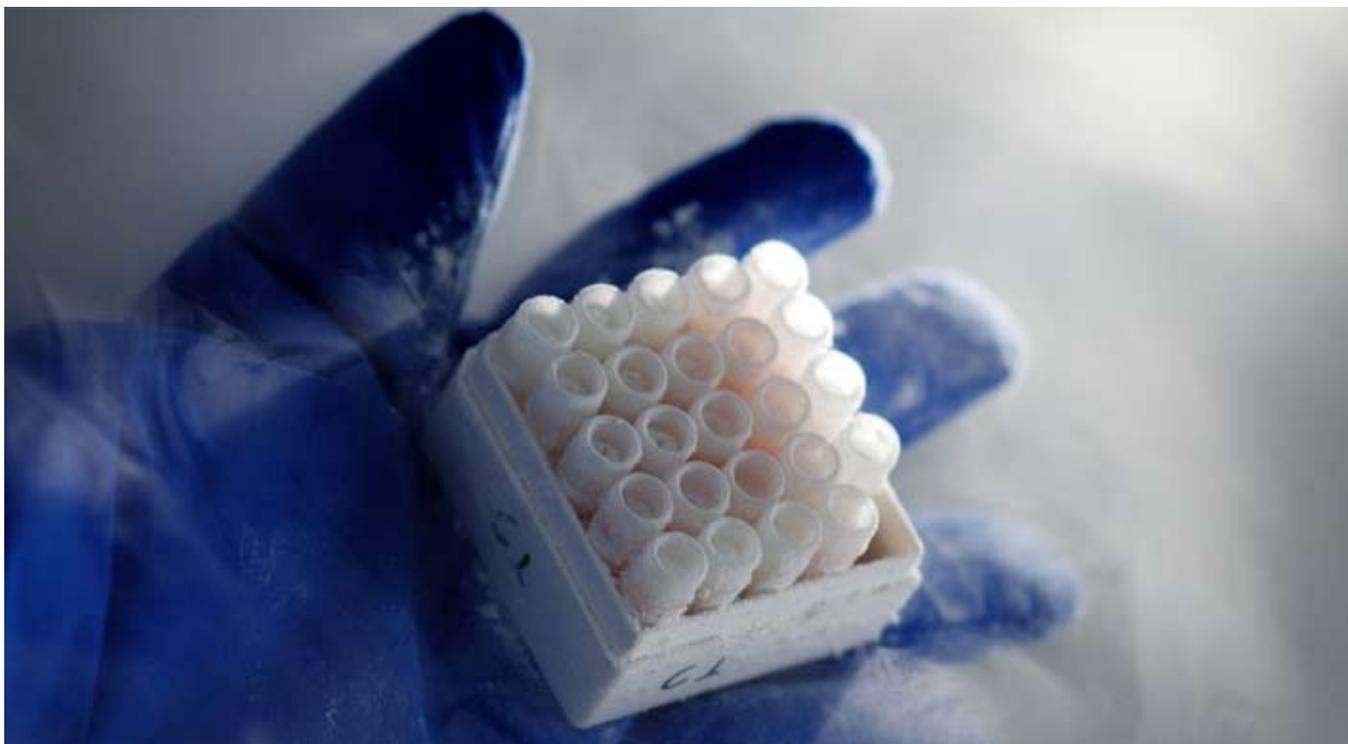
De acordo com a coordenadora da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do CNS (CONEP), conselheira Gyselle Saddi Tannous, a decisão possibilitará a continuidade de inúmeras pesquisas em fase pré-clínica, que futuramente poderão transformar-se em perspectivas para terapias celulares em humanos, especialmente na área neurológica.

“A CONEP vem analisando protocolos de pesquisa com células-tronco adultas desde 1996. Já tivemos 133 protocolos avaliados, dos quais 66 foram aprovados e encontram-se em andamento. A votação do STF colocou em evidência o importante papel exercido pelo CNS no que tange às pesqui-

sas com seres humanos. Atualmente, são 576 Comitês de Ética em Pesquisa que compõem o Sistema CEP-CONEP, coordenado pelo CNS. Um exemplo mundial de respeito à vida e à ética”, explicou Gyselle Saddi Tannous.



Fotos: Harvard University



# Austregésilo Carrano Bueno

## Uma vida em defesa da saúde mental

Militante do movimento antimanicomial, representante nacional dos usuários na reforma psiquiátrica do Brasil e integrante da Comissão Intersetorial de Saúde Mental do CNS,

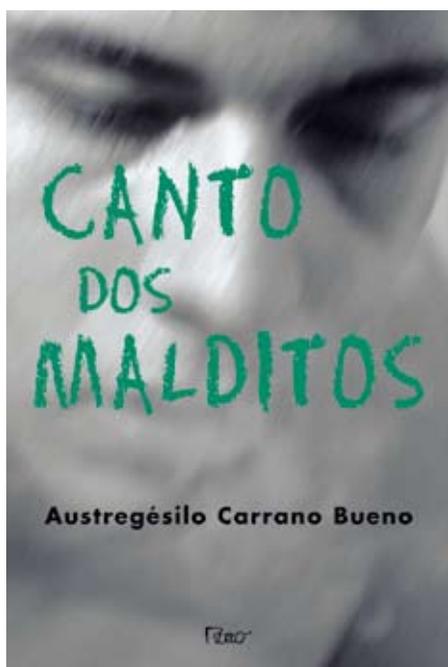


Foto: Editora Rocco

Austregésilo Carrano morreu na tarde de 27 de maio de 2008, aos 51 anos, por complicações de um câncer no fígado. Escreveu o livro *Canto dos Malditos*, obra que se transformou num dos principais manifestos da luta contra os excessos da psiquiatria tradicional, e hoje é usada na formação de profissionais de direito, medicina, psicologia e sociologia. A história inspirou o filme *Bicho de Sete Cabeças*, da cineasta Laís Bodanzsky. Premiado 57 vezes, oito fora do Brasil, a produção colaborou para aprovar a Lei Federal de Reforma Psiquiátrica.

Nascido em 1957, em Curitiba (PR), Austregésilo Carrano foi internado em um hospital psiquiátrico em 1974, aos 17 anos, depois de ser flagrado com maconha no bolso da jaqueta. Internado por três anos em várias instituições psiquiátricas – sem passar por avaliação médica –, foi submetido a eletrochoques, torturas, injeções diárias e ingestão forçada e regular de grande quantidade de medicamentos.

Desesperado, ateou fogo em sua própria cela. Como consequência, além de feridas e inchaços, desenvolveu transtornos de comportamento.

Austregésilo Carrano foi a primeira pessoa no Brasil a mover ação indenizatória contra médicos psiquiatras por erros de diagnóstico, tratamentos torturantes e crimes, em 13 de maio de 1998. Era militante do Movimento da Luta Antimanicomial, que combate a discriminação e a exclusão social dos doentes mentais, prega a extinção dos manicômios e a adoção de modelos mais humanos de tratamento psiquiátrico.

O escritor e militante foi homenageado em 28 de maio de 2003 pelo Ministério da Saúde e pelo Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, por sua luta e empenho na construção da Rede Nacional de Trabalhos Substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos no Brasil.

## CNS discute TV pública



Foto: Arquivo CNS

A presidente da Empresa Brasileira de Comunicação, Tereza Cruvinel, esteve na 185ª Reunião Or-

dinária do CNS, no último dia 14 de maio, para apresentar aos conselheiros o projeto da nova TV pública e ouvir as principais demandas em relação à comunicação. Durante o encontro, ela pode esclarecer as dúvidas dos participantes acerca dos objetivos e da organização da instituição, além de ouvir cobranças de apoio às demandas do setor.

Tereza Cruvinel criticou o modelo brasileiro de comunicação atual, que privilegia concessão de canais de rádio e TV a empresas privadas ou governamentais. A presidente explicou que a nova TV Brasil pretende expressar os interesses plurais existentes em nossa sociedade – ao contrário das governamentais, que buscam di-

vulgar ações de governos; ou das empresas privadas, voltadas aos interesses comerciais.

Justificou também que o foco das ações não é didático – ou seja, submetido às necessidades da educação formal. O objetivo da programação é mais amplo e está ligado à formação universal do cidadão.

A jornalista fez questão de ressaltar que a TV pública busca atender às necessidades da saúde pública brasileira e que existe interesse em defender o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao final, Tereza Cruvinel colocou-se à disposição do Ministério e do CNS para continuar debatendo estratégias de comunicação.

# Distrito Federal

## Terceirização prejudica Serviços

A deputada distrital Erika Kokay (PT/DF) esteve na 186ª Reunião Ordinária do CNS para apresentar o “Diagnóstico da saúde pública no Distrito Federal – Retrato do Caos” e denunciar que a opção do governo local pelo modelo privatista de gestão só fez degradar as condições do serviço. O documento foi elaborado a partir de 60 visitas a unidades de saúde do DF, de fevereiro de 2007 a junho deste ano.

De acordo com o relatório, a rede de atenção à saúde pública possui um número insuficiente de profissionais, equipamentos obsoletos deteriorados, materiais médico-hospitalares e medicamentos escassos, fornecimento irregular e outros problemas. O relatório enumera diversos casos.

A partir desse quadro, Erica Kokay explica que não são vistas ações para reestruturar e fortalecer o sistema; mas que as gestões que buscam reforçar a terceirização são claras. “O sucateamento das condições objetivas de atendimento nas unidades de saúde – provocado pelo próprio governo – tem servido de argumento para justificar o acelerado processo de terceirização do setor no DF”, diz.

O texto afirma que a Secretaria de Estado de Saúde do Governo do DF não prioriza a organização e qualificação da atenção básica e sobrecarrega os hospitais e serviços especializados.

A insuficiência do número de trabalhadores de saúde em diversas áreas é intensificada pelo adoecimento de profissionais devido à estressante carga de horas extras – solução comum para a falta de pessoal. “Por outro lado, existem milhares de profissionais aguardando convocação em concursos públicos próximos de perder a validade”, aponta a deputada.

Outro problema colocado é a irregularidade da manutenção predial das unidades, a improvisação de espaços para realizar procedimentos de intervenção, serviços de limpeza

### O que acontece na saúde do DF

- Em junho de 2007 foram identificados 230 computadores encaixotados, desde outubro de 2006, nos hospitais de Sobradinho (118 máquinas); Guará (52) e Brazlândia (60). A situação foi denunciada ao Ministério Público.
- O Hospital de Base ficou com o aparelho de tomografia quebrado por dois anos. Nesse período, os pacientes foram transferidos para o Hospital Regional da Asa Norte. Denúncia sobre o caso foi registrada, em agosto de 2007, na Comissão de Defesa dos Direitos Humanos, Cidadania, Ética e Decoro Parlamentar da Câmara Legislativa do DF.
- Uma fila de espera de 15 mil pessoas foi ocasionada pela ociosidade de 20% das 97 salas de cirurgia. Informações fornecidas pela Secretaria de Saúde do DF. (dados constantes do Diagnóstico da saúde pública no Distrito Federal – Retrato do Caos)

de qualidade questionável e práticas inadequadas de coleta e depósito de lixo hospitalar, dentre outros.

O texto apresenta também problemas como superlotação das emergências, longas filas nos atendimentos ambulatoriais e atrasos na entrega de exames. De acordo com Erica Kokay, os problemas mais graves estão em áreas de assistência, como oncologia, cirurgia, saúde mental, emergência, serviço de apoio diagnóstico, leitos hospitalares e de UTI e atenção básica.

Erika Kokay considera que a atual situação faz parte de uma estratégia do governo para que a população descredite dos serviços do SUS e apóie o processo de terceirização.

### O que vem sendo feito

De acordo com a Procuradora Geral do Ministério Público do Distrito Federal, Claudia Fernandes de Oliveira Pereira, está havendo uma atuação conjunta do Ministério Público do Trabalho, Ministério Público de Contas do DF e da Segunda Promotoria de Saúde Pública (2ª PROSUS/MPDFT) para evitar a terceirização nos serviços de imagens, laboratoriais, lavanderia, ambulâncias, logísticas de medicamento e contratação de médicos anestesiologistas por meio de cooperativas.

Sobre a criação de “Fundações Sanitárias de Direito Privado”, geridas com recursos públicos, de acordo com Claudia Fernandes, o MPDFT entrou com recurso de ilegalidade e inconstitucionalidade no Tribunal de Contas da União por entender que o GDF não tem competência para qualificar nenhuma instituição que se enquadre como OS. Com relação ao edital para a licitação do serviço de histocompatibilidade (exame utilizado para determinar se um tecido ou órgão transplantado será aceito pelo receptor), o MP concluiu que a terceirização não poderia ter ocorrido porque este serviço é prestado pelo Hospital de Base (hospital de referência da rede de saúde pública do GDF) que recebe recursos vultosos do Ministério da Saúde para realizá-lo. Com esta ação o MP forçou o gestor a revogar a licitação.

Para o Programa Dentista na Escola, que o governo quer realizar por meio de uma organização social, o MP também conseguiu suspender com o argumento de que já existem dentistas aprovados em concurso e que estão esperando ser contratados, da mesma forma barrou a contratação temporária de médicos.

Diante dos fatos apresentados, o Conselho Nacional de Saúde reafirma a importância de acompanhar o debate da terceirização no Distrito Federal, por entender que esse é um processo que está se disseminando no país.