CONFERÊNCIA SERGIO AROUCA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde

12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CONFERÊNCIA SERGIO AROUCA

MANUAL

Brasília
7 a 11 de dezembro de 2003

Brasília - DF
2003

© 2003. Ministério da Saúde.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série D. Reuniões e Conferências
Tiragem: 20.000 exemplares

Edição:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Participativa
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 4.º andar, sala 434
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 315 3624 / 315 3625 / 315 2225 / 315 2205
E-mail: conferencia@saude.gov.br

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Anexo, 1.º andar, sala 126
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 315 2152 / 315 2150
E-mail: cns@saude.gov.br

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Conferência Nacional de Saúde (12.: 2003: Brasília, DF).
12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: manual: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003 / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

80 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 85-334-0745-9

1. SUS (BR). 2. Conferências de Saúde (SUS). 3. Política de Saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM WA 540 DB8

Catalogação na fonte – Editora MS

Sumário

1. Apresentação **7**

2. 12ª Conferência Nacional de Saúde, Conferência Sergio Arouca **10**

3. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços, Desafios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes – Conselho Nacional de Saúde **11**

I – Contextualização: Condições Sociossanitárias nos Doze Anos de Construção do SUS 11
II – Avanços na Construção do Sistema Único de Saúde 13
III – Desafios e Reafirmação dos Princípios e Diretrizes do SUS 15
IV – Agenda para Efetivação do SUS e do Controle Social – Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde 26

4. Diretrizes para a Política de Saúde do Brasil, Período 2003-2007 – Ministério da Saúde **28**

Apresentação 28
Eixo temático I – Direito à saúde 29
Eixo temático II – A seguridade social e a saúde 30
Eixo temático III – A intersetorialidade das ações da saúde 32
Eixo temático IV – As três esferas de governo e a construção do SUS 33
Eixo temático V – A organização da atenção à saúde 35
Eixo temático VI – Controle social e gestão participativa 36
Eixo temático VII – O trabalho na saúde 39
Eixo temático VIII – Ciência e tecnologia e a saúde 41
Eixo temático IX – O financiamento da saúde 43
Eixo temático X – Informação e comunicação em saúde 47

5. Decreto Presidencial de Convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde **50**

6. Regimento – 12ª Conferência Nacional de Saúde **51**

Anexo I – Demonstrativo do cálculo de distribuição dos delegados por estado 62
Anexo II – Distribuição, por segmento, dos delegados à 12ª Conferência Nacional de Saúde, a serem eleitos por estado 63
Anexo III – Distribuição dos delegados, eleitos e indicados, por segmento, à 12ª Conferência Nacional de Saúde 64

7. Regulamento – 12ª Conferência Nacional de Saúde **65**

Anexo – Programação Preliminar 69

8. Composição das Mesas-Redondas – 12ª Conferência Nacional de Saúde **70**

9. Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde **73**

10. Seminário Internacional Sergio Arouca – 25 anos de Alma-Ata **76**

Agenda Provisória 79

APRESENTAÇÃO

O ciclo das Conferências Nacionais de Saúde mais recentes, inaugurado em 1986, pela 8ª Conferência, vem tendo uma grande mobilização e participação popular. Sob esse aspecto não há dúvida de que têm sido um sucesso todas elas.

Também é evidente que algumas delas, por exemplo, a própria 8ª Conferência, que sistematizou a idéia de política pública chamada Sistema Único de Saúde (SUS), tiveram mais sucesso do que outras em traçar diretrizes objetivas e sintéticas, que possam ser operacionalizadas e cobradas pela sociedade, para sua implementação pelos gestores públicos municipais, estaduais e federal.

Outras têm aprovado resoluções finais vastas, com centenas de recomendações sobre assuntos, às vezes, bem específicos e particulares. Isto dificulta a extração de diretrizes precisas e que possibilitem gerar políticas, estratégias e programas para os anos subseqüentes.

Pela primeira vez na história da saúde pública brasileira, o Governo Federal antecipa o período de quatro anos entre uma conferência e outra, convoca a 12ª Conferência Nacional de Saúde, submetendo o seu Programa de Governo à apreciação direta da sociedade, pela convicção de que a gestão democrática do Estado contribui para a sua qualidade e eficiência e para a melhoria do nível de cidadania da população.

Aprendendo com as ricas experiências das últimas conferências nacionais, qual é o roteiro que estamos propondo para a 12ª Conferência?

I. O Conselho Nacional de Saúde aprovou, no início de 2003, o tema central: "SAÚDE: UM DIREITO DE TODOS E UM DEVER DO ESTADO – A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS".

O Conselho Nacional de Saúde definiu ainda que o texto de apoio do próprio Conselho para subsidiar os debates durante a 12ª CNS será o documento *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*, 2002.

Finalmente, decidiu os eixos temáticos sobre os quais existem indefinições, dilemas, teses divergentes, que estão a exigir definição atualizada para orientar os que trabalham pelo SUS no Brasil. São eles:

1. Direito à Saúde;
2. Seguridade Social e a Saúde;
3. Intersetorialidade das Ações de Saúde;
4. As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS;
5. Organização da Atenção à Saúde;
6. Controle Social e Gestão Participativa;
7. Trabalho na Saúde;
8. Ciência e Tecnologia e a Saúde;

9. Financiamento da Saúde; e,
10. Informação e Comunicação em Saúde.

São estes os assuntos que serão debatidos nos municípios, estados e em Brasília.

II. O Ministério da Saúde, assumindo plenamente suas responsabilidades e apoiado na eleição popular do novo Governo, acolhe esses 10 temas nacionais escolhidos pelo Conselho Nacional de Saúde e expõe suas idéias no documento *Diretrizes para a Política de Saúde do Brasil, para o período de 2003 a 2007*, com suas posições sobre cada um desses assuntos, em 10 itens sintéticos e breves que são divulgados neste Manual.

É uma posição corajosa de expressar suas idéias e escutar, de baixo para cima, que as conferências municipais e estaduais digam o que pensam sobre essas propostas. Concordam? Discordam? Emendam? Produzem novas sínteses?

Essa é a beleza do momento de democracia participativa que poderá gerar um Relatório Final com uma sistematização poderosa, representativa, cujas diretrizes deliberadas serão cobradas nos próximos anos como tarefa para os que constroem o SUS no Brasil.

III. As Conferências Estaduais encaminharão para Brasília um relatório objetivo, de no máximo 20 laudas, cuja elaboração estará referenciada ao documento *Diretrizes para a Política Nacional de Saúde, Período 2003-2007*. O consolidado dos relatórios das conferências estaduais se constituirá no documento de referência para a discussão dos grupos de trabalho da etapa nacional.

As conferências municipais e estaduais deliberam em instância final sobre questões cuja resolução se dá nos respectivos níveis da federação, ao mesmo tempo em que encaminham para as etapas seguintes as deliberações de cunho nacional relativas aos 10 eixos temáticos. Assim, os relatórios municipais deverão ser compostos de três seções (questões municipais, estaduais e nacionais) e os relatórios estaduais de duas seções (questões estaduais e nacionais).

IV. Outro objetivo da Comissão Organizadora é ter plenárias representativas, com a totalidade dos delegados votando sobre os 10 eixos temáticos pautados. Não queremos que as votações sejam feitas com a plenária esvaziada, diminuindo a força e a representatividade das decisões. Por isso, a sessão plenária de discussão e votação do Relatório Final começa na manhã do terceiro dia da Conferência, garantindo bastante tempo para a decisão consciente dos delegados.

V. As 10 mesas sobre os 10 eixos temáticos estão programadas para um mesmo dia. E os 100 grupos de trabalho estão concentrados para o outro dia.

A intenção é promover um clima de concentração, evitando dispersão. Afinal a Conferência é um momento de trabalho social no qual o movimento popular e sindical, a universidade, os trabalhadores de saúde, gestores e prestadores investiram seu tempo, e o SUS dispendeu recursos financeiros preciosos para a realização de tão importante evento.

VI. Neste Manual estão reunidos os textos de apoio para o debate do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde, o Regimento e o Regulamento. Destaca-se a necessidade de observação rigorosa dos seguintes aspectos do Regimento: os percentuais de participação dos

Delegados de cada segmento, o quadro da Programação e a Composição das Mesas-Redondas na etapa nacional.

Para quaisquer dúvidas e esclarecimentos, acionar os seguintes contatos:

1) Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde

Conselho Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 1° andar, anexo I, sala 126 – Brasília/DF
CEP 70.058-900
Fones: (61) 315-2152 e 315-2150
E-mail: cns@saude.gov.br

2) Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde

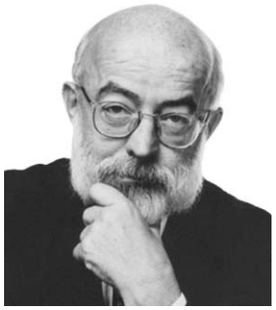
Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão Participativa
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 4° andar, sala 434 – Brasília/DF
CEP 70.058-900
Fones: (61) 315-3624, 315-3625, 315-2225 e 315-2205
E-mail: conferencia@saude.gov.br

3) Site: www.12conferencia.saude.gov.br

Até Brasília!

Comissão Organizadora

12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
Conferência Sergio Arouca



"A Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico; o Projeto da Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira." Sergio Arouca

No final da década de 1980, Sergio Arouca foi um dos principais responsáveis, como ideólogo, militante político, professor universitário e, na ocasião, presidente da Fiocruz, pela aproximação dos cientistas, estudiosos, movimentos populares e sindicais que, desde a resistência ao autoritarismo da ditadura, vinham lutando por melhores condições de vida e que, num momento feliz de síntese, formularam a idéia do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi o coordenador da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, uma mobilização popular envolvendo mais de 50.000 pessoas, que sistematizou a proposta que serviu de base para o capítulo da Saúde na Constituinte de 1987/88 e para a criação do SUS.

Em 2003 foi novamente Arouca quem propôs a convocação de uma nova Conferência de Saúde para que o País, avaliando o que foi feito, aponte as diretrizes nacionais.

Arouca, indicado coordenador da 12ª Conferência Nacional de Saúde, faleceu aos 61 anos, no dia 2 de agosto de 2003. Para homenageá-lo, nossa Conferência recebeu o nome Conferência Sergio Arouca.

Nascido em Ribeirão Preto, formou-se em medicina na USP e foi consultor da OPAS no México, Colômbia, Honduras, Costa Rica, Peru e Cuba. Trabalhou com o governo Sandinista na Nicarágua. Em 1985, em um movimento nacional, foi indicado presidente da Fiocruz, reintegrando os dez cientistas cassados pela ditadura militar, no episódio conhecido como "Massacre de Manguinhos".

Em 1987, foi Secretário Estadual de Saúde e, em 2001, Secretário Municipal de Saúde no Rio de Janeiro. Em 1988 foi candidato a Vice-Presidente da República na Chapa do PCB, com Roberto Freire. Deputado Federal por 8 anos, foi Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, durante o primeiro semestre de 2003.

Arouca era firme e enérgico, mas sempre aberto e carinhoso com as pessoas. Que o digam os 4 filhos e as centenas de pessoas que trabalhavam muito próximas a ele, na Fiocruz, na Secretaria Estadual e Municipal de Saúde no Rio de Janeiro, no Ministério da Saúde e no Congresso Nacional.

Arouca, sempre presente, fala-nos mais uma vez:

> *Nós fizemos a reforma sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado, medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração desse modelo e mudar. Qual o fundamento? Primeiro é a promoção da saúde e não da doença. O SUS tem de, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano e na vida das pessoas e como eu posso interferir para torná-la mais saudável.*
> *Sergio Arouca (trecho de entrevista concedida ao* O Pasquim 21*, número 28, Edição de 20 de agosto de 2002)*

O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AVANÇOS, DESAFIOS E REAFIRMAÇÃO DOS SEUS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES[1]

I – CONTEXTUALIZAÇÃO: CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS NOS DOZE ANOS DE CONSTRUÇÃO DO SUS

"Os dados de emprego e renda na década de 1990-2000 expressam uma retração na oferta de postos de trabalho, decorrente de condições estruturais relacionadas às mudanças tecnológicas dos processos produtivos, mas, sobretudo, de fatores recessivos associados às políticas de ajuste econômico. Estas foram caracterizadas por juros elevados, baixa prioridade à expansão do mercado interno, baixa remuneração do trabalho assalariado e crescimento do trabalho informal, com precarização das relações de trabalho (segundo o IBGE, mais de 50% da força de trabalho empregada não tem carteira de trabalho, superando a média dos últimos 20 anos). Além disso, aprofundou-se a desigualdade social manifesta pela elevação crescente da concentração da renda, com repercussões sobre o agravamento das situações de pobreza e exclusão social, tanto dos que estão fora do mercado de trabalho quanto dos assalariados com precárias condições de trabalho e de remuneração."

"A persistência de importantes bolsões de fome e miséria e a crescente violência no campo e na cidade ainda compõem um quadro dramático que envergonha a Nação, principalmente quando comparados os indicadores de crescimento econômico e financeiro com os índices de desenvolvimento humano."

"Políticas fundamentais para a saúde da população, como as de saneamento básico, não se expandiram, no ritmo desejável para atender às necessidades de abastecimento de água e de esgotamento sanitário. Multiplicam-se as agressões ao ambiente."

"Os impactos deste cenário sobre a situação de vida e saúde da população são evidentes. Estudos sobre o perfil nutricional de recém-natos e crianças nos primeiros anos de vida são reveladores de profundas desigualdades: 8% de crianças com baixo peso ao nascer provêm de regiões desenvolvidas como Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal e, além disso, considerando-se a média para o País, 5% das crianças de 0-5 anos apresentam déficit ponderal."

"A expansão dos serviços municipais de saúde, a implantação exitosa do Programa de Saúde da Família e a ampliação dos quadros técnicos vinculados às Secretarias Municipais de Saúde levaram a um relativo aumento na oferta de cuidados básicos, embora ainda persistam grandes lacunas de cobertura a serem preenchidas. A conformação de sistemas municipais, microrregionais e regionais de saúde que garantam a integralidade dos cuidados ainda está por ser construída. As distorções e carências ainda persistem nos níveis mais complexos de assistência."

"As despesas públicas com assistência médica mostram uma tendência favorável à expansão dos cuidados básicos e ambulatoriais, embora uma parcela significativa do incremento de gasto se deva ao deslocamento dos procedimentos de alta complexidade e alto custo de hospitais para serviços ambulatoriais, não evidenciando um aumento significativo em investimento e em custeio para o setor."

"A busca da eqüidade é tímida, persistindo a concentração de recursos no Sul e Sudeste, embora seja proposta a interiorização de pessoal de saúde com base na estratégia da família e nas articulações do Ministério da Saúde com Secretarias de Saúde e Universidades."

[1] *In* Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.
O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - 1. ed., 1.ª reimpressão.- Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 11 a 42 p.

"Por outro lado, os dados nacionais e regionais de cobertura e acesso das pessoas aos serviços de saúde não permitem evidenciar o cumprimento dos preceitos constitucionais de universalidade e eqüidade. Quando se tenta avaliar a qualidade e a resolubilidade dos serviços, essa distância aumenta."

"A coexistência de regiões com elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, a persistência da desnutrição e da pobreza, as ameaças recorrentes de surtos epidêmicos, a cronicidade das endemias, associada a um padrão demográfico caracterizado por um aumento da população de jovens (especialmente na região Sul e Sudeste) e de idosos e, ainda, a brutal expansão de acidentes e da violência urbanas, apontam mais desafios para o SUS."[2]

O quadro de desigualdades econômicas e sociais que caracteriza a sociedade brasileira tem expressão na área da saúde, tanto nos quadros epidemiológicos como nas condições de acesso às ações e serviços. Também se reflete na configuração institucional do Sistema de Saúde, que, desde o início do século até a década de oitenta, foi marcado pela exclusão e pela reprodução das desigualdades sociais e caracterizado por um padrão institucional dual que distinguia e separava "saúde pública" e "medicina previdenciária".

O Ministério da Saúde, ao qual estavam vinculadas as instituições responsáveis pelo controle de endemias, ações de vigilância sanitária e controle de doenças transmissíveis, era responsável pelas ações de saúde pública. A assistência médico-hospitalar era disponibilizada, no âmbito do setor público, apenas aos segurados do sistema de Previdência Social, integrados ao mercado formal de trabalho. A legislação que regulamentou o Sistema Nacional de Saúde[3], em 1975, consagrou essa divisão entre "ações de alcance coletivo", de saúde pública, com caráter sanitário e preventivo, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e "ações individuais", de natureza curativa, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

O processo de redemocratização do País, na década de oitenta, com a ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, produziu a ampliação das demandas sobre o Estado e desencadeou um forte movimento social pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado. O Movimento da Reforma Sanitária reuniu atores diversificados em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que reuniu pela primeira vez uma gama diversificada de representantes sociais de todo o País, resultou a ampla legitimação dos princípios e da doutrina do Movimento da Reforma Sanitária. Como conseqüência desse fortalecimento político, o Movimento conquistou a incorporação desses princípios ao texto constitucional de 1988, bem como a determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito, "mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde" (art. 196, CF 1988).

Para assegurar esse direito, a Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas de governo, que foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90).

O sistema público existente à época, que oferecia assistência apenas à parcela da população que era integrada ao mercado de trabalho formal, passou a atender a demanda de todos os cidadãos brasileiros, num contexto econômico desfavorável, que incluía a restrição do gasto público.

[2] *Os parágrafos com aspas referem-se ao documento da Abrasco apresentado na 11ª Conferência Nacional de Saúde.*
[3] *Lei nº 6.229/75.*

Sem investimentos que permitissem ampliar as condições da oferta e com a compressão dos valores de remuneração aos prestadores públicos e privados, o resultado foi a progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos.

Esse período corresponde, como contrapartida à crise do sistema público, à forte expansão do sistema de planos e seguros privados de saúde, para o qual migraram os trabalhadores do mercado formal de trabalho, em geral subvencionados pelos empregadores. A cobertura do sistema supletivo privado alcançava, em 1998, 29 milhões de pessoas. Essa cobertura beneficia, particularmente, os estratos de maior renda, que correspondem, também, aos segmentos mais hígidos: na faixa de renda familiar mensal superior a 20 salários mínimos, o percentual de população coberta alcançava 76%, enquanto no estrato com renda até um salário mínimo essa cobertura era de apenas 2,6%. A maior parte da população de menor renda depende do sistema público de saúde: na faixa de renda de até 2 salários mínimos, o percentual de não cobertos por planos de saúde é superior a 95%; na faixa de 2 a 5 salários mínimos é de 85%.[4]

Apesar dessas dificuldades, a implementação do dispositivo constitucional que criou o SUS ganhou crescente apoio político na década dos noventa, o que viabilizou mudanças institucionais e a descentralização do sistema de saúde.

Os resultados desse esforço começam a ser percebidos. Em 1999, 97% dos municípios brasileiros já assumiam responsabilidades na gestão do sistema de saúde e eram responsáveis pela operação de quase 62% dos estabelecimentos de saúde existentes no País, predominantemente direcionados à provisão de serviços de atenção básica. Essa maior proximidade entre os beneficiários da política de saúde e o *locus* de decisão tem permitido responder melhor a quadros epidemiológicos loco-regionais, adequar as ações às necessidades da população, ampliar a cobertura e disponibilizar serviços a áreas antes desprovidas.

O estado da saúde da população e a responsabilidade de intervir com eficácia na elevação dos seus baixos patamares constituem a única razão da concepção e do desenvolvimento do SUS.

Os maiores desafios atuais estão ligados à estruturação do novo modelo de atenção à saúde que, a partir das grandes funções da saúde pública, subordine os conceitos e programas da assistência médica individual aos preceitos e programas dos interesses coletivos e direitos da cidadania, e realize efetivamente as atividades de promoção e proteção à saúde, sob os Princípios Éticos da Universalidade, Eqüidade e Integralidade. Em decorrência, os desafios referem-se à melhoria da qualidade da atenção, elevação da resolutividade da rede de Unidades Básicas de Saúde e do seu papel de porta de entrada do SUS e à garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade, cuja escala de operação impõe cobertura aos contingentes de população que, freqüentemente, ultrapassam a esfera municipal ou microrregional, com o objetivo de, gradualmente, superar as desigualdades de acesso existentes.

II – AVANÇOS NA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A partir da promulgação da Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90, muitos avanços, reiterados na 9ª, 10ª e 11ª Conferência Nacional de Saúde, foram conquistados, palmo a palmo, pelas gestões municipais, estaduais e federal. Entre esses avanços destacam-se:

1. Descentralização da gestão (estadualização e municipalização) com criação das Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartites), fóruns de pactuação e geração de Normas Operacionais Básicas pelas três esferas de Governo, que, além de conferir maior legitimidade e realismo às decisões, permitem maior velocidade nas respostas às demandas da população;

[4] *IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1998.*

2. Criação e desenvolvimento dos Fundos de Saúde: Nacional, Estaduais e Municipais;

3. Criação e crescimento da modalidade de repasse "fundo a fundo";

4. Criação e funcionamento de Conselhos de Saúde em todos os estados, Distrito Federal e na grande maioria dos municípios, em processo de pleno desenvolvimento e capacitação no exercício do controle social e da gestão participativa;

5. Fortalecimento da rede pública de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, principalmente os de Atenção Básica;

6. Aumento da cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, com ênfase especial na Atenção Básica, por intermédio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), abrindo mais um espaço de mudança de modelo de atenção, que possibilita passar do atendimento de demanda para o atendimento por responsabilidade sanitária;

7. Implementação, de maneira sistemática, de articulações e de ações intersetoriais visando à promoção e proteção da saúde, incluindo o conceito e a prática da política de "Municípios Saudáveis";

8. Aumento da cobertura e início do processo de regulamentação dos transplantes de órgãos e tecidos;

9. Continuidade do desenvolvimento do controle da Aids, política modelar entre os países não-desenvolvidos;

10. Ampliação da cobertura vacinal, em parte pela estratégia dos dias nacionais de vacinação, e, em parte, pela expansão da rede de serviços;

11. Incremento da cobertura às gestantes e à infância, com diminuição regional da mortalidade materna e infantil, ainda que persistam níveis bastante insatisfatórios;

12. Elevação da capacidade de gestão pública, especialmente entre os municípios. A grande maioria assumiu a Gestão Plena da Atenção Básica à Saúde e, várias centenas deles, a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde;

13. Criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica;

14. Criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

15. Facilitação do acesso às informações de saúde via Internet;

16. Absorção, pelas três esferas de governo, das funções e serviços do extinto Inamps;

17. Crescimento de 25% para 42% da participação dos estados e municípios no financiamento do SUS nos anos 90;

18. Resistência à política de cortes, contingenciamentos e às baixas execuções orçamentárias, por meio da conquista de suplementações, da mobilização pelas aprovações da CPMF, da Emenda Constitucional nº 169 e da Emenda Constitucional nº 29. Luta contínua pela manutenção

dos avanços obtidos, configurada nas mobilizações pela queda do parecer da Advocacia Geral da União, de dezembro/2000, pela regulamentação da aplicação da EC nº 29 e contra os futuros constrangimentos orçamentário-financeiros que a política econômica vigente continua impingindo ao Sistema Único de Saúde;

19. Início da implementação da diretriz constitucional da hierarquização/regionalização da assistência à saúde por meio do avanço da repactuação dos papéis das três esferas de governo, no âmbito das Comissões Intergestores Tripartite, Bipartites e dos Conselhos de Saúde em torno da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS);

20. Criação e início de funcionamento do Banco de Preços na Área Hospitalar;

21. Criação e início de funcionamento do Registro Nacional de Preços de Medicamentos Básicos;

22. Início da aplicação da política de medicamentos genéricos;

23. Início da implantação do Cartão SUS como instrumento de facilitação do acesso, de planejamento, avaliação e controle dos serviços médico-sanitários universais e de desenvolvimento do Sistema Nacional de Informações de Saúde;

24. Amplo reconhecimento e legitimação pela sociedade, governo e partidos, dos Princípios e Diretrizes do SUS;

25. Incorporação da Vigilância Sanitária na Agenda Prioritária do SUS, assim como o surgimento dos primeiros reflexos positivos por meio da descentralização para as gestões estaduais e municipais, e definição da política desse setor, com base nos resultados da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.

26. Reconhecimento dos acertos iniciais da regulação dos planos privados de saúde.

O grande destaque é que o conjunto de avanços comprova insofismavelmente a adequação dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS e que a sua construção, na prática, é um processo positivo em andamento, não devendo ser admitido qualquer tipo de retrocesso, apesar das conjunturas adversas que continuam envolvendo sua construção. Requer, por isso, além da grande dedicação e esforço de dirigentes e técnicos dos municípios, dos estados e da União, assim como dos profissionais e representações da sociedade civil, também o aprofundamento das estratégias formuladas com plena participação dos Conselhos de Saúde, visando a atingir as estruturas do sistema, orientando efetivamente o modelo de atenção à saúde na direção da Eqüidade, Universalidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação Social.

III – DESAFIOS E REAFIRMAÇÃO DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

Nos doze anos de vigência da Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90, as dificuldades à construção do SUS decorrem não só das resistências aos avanços realizados até o momento, que tentam manter interesses e estruturas do modelo anterior de atenção à saúde, como, também, das medidas, em curso, de reforma do Estado, de corte neoliberal, que agridem profundamente as políticas públicas sociais e o desenvolvimento de recursos humanos para a efetivação dessas políticas. As dificuldades dizem respeito não somente às agendas inconclusas da construção do SUS, devido à insuficiência de recursos, mas, muitas vezes, à baixa experiência da gestão pública. Dizem respeito, também, a entendimentos

equivocados, senão desviantes, de alguns setores da gestão pública, sobre algumas das diretrizes do SUS, traçadas pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde.

Considerando a grande complexidade de se identificar as causas das dificuldades e dos desvios de rumos, optou-se por denominá-los, genericamente, a desafios. Desafios colocados para os Gestores e para os Conselheiros de Saúde, na visão de Gestão Participativa.

Os desafios aqui apresentados colocam a construção do SUS sob o ângulo da estruturação do novo modelo de atenção à saúde, e não somente do aumento da eficiência de estruturas do modelo anterior que, apesar de comportarem desejáveis avanços no acesso, cobertura, eqüidade, integralidade, descentralização e participação, são avanços estruturalmente limitados e com custos cada vez menos sustentáveis. A condução estratégica desses avanços pode ser estruturante, rompendo o velho modelo, ou enganosa, reproduzindo-o e reforçando-o com novos visuais.

O Conselho Nacional de Saúde reconhece as inconclusividades, desvios de rumos, fragilidades de gestão e do próprio controle social, sem o que se distanciaria das imprescindíveis correções. Reconhece, por outro lado, que os princípios e diretrizes do SUS e sua tentativa de concretização, nos últimos doze anos, encontram-se inequivocamente dificultados pela política econômica vigente nestes últimos anos, que privilegia o sistema financeiro, o mercado e um paradigma de Estado de baixíssimo compromisso com políticas públicas redistributivistas, desenvolvimentistas, de pleno emprego e de ações intersetoriais, visando à qualidade de vida e aos direitos de cidadania, no que tange à alimentação e segurança alimentar, saneamento, meio-ambiente, educação, trabalho (urbano e rural), emprego, renda, habitação, segurança pública, cultura, lazer e, também, a saúde. O SUS, nesse contexto, é um conjunto de atores sociais e institucionais que vem se desenvolvendo na contra-mão dessas políticas controversas, hoje responsáveis pelas maiores causas das dificuldades à sua implantação e que deverão ser superadas pela própria sociedade.

Desafios

1. Construção da Eqüidade

A construção da eqüidade na área da saúde consiste, basicamente, em investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes, entre outros mecanismos, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já têm o acesso garantido.

Este desafio tem precedência sobre os demais, por se constituir no princípio e no objetivo estratégico central, que perpassa os outros desafios, tornando-se estratégia para a Universalidade e aumento da eficácia do sistema. Por isso, o desafio da Eqüidade expõe a imperiosidade do pleno exercício do controle social pelos Conselhos de Saúde e o decidido reconhecimento e construção do seu caráter deliberativo.

Algumas considerações sobre o alcance da eqüidade:

1.1 Os indicadores para acompanhamento da construção da eqüidade não podem e não devem ser reduzidos, de forma simplista, à diminuição das defasagens ou uniformização dos *per capita* financeiros, estaduais e regionais, para saúde. Esta simplificação se agrava quando são considerados somente os *per capita* para custeio dos serviços, não se atentando para a necessidade de recursos para investimentos estratégicos e para fixação de profissionais capacitados.

1.2 Os indicadores de aferição da eqüidade devem abranger a qualidade de vida, a exposição específica aos riscos para a saúde, a morbi-mortalidade por estratos da população, a capacidade instalada e a resolutividade da atenção básica à saúde e da atenção de média complexidade, o grau de utilização desses serviços e outras variáveis, além dos *per capita* financeiros para custeio e investimento.

1.3 Os repasses de recursos federais são altamente indutores, especialmente nas regiões mais atrasadas, mas não devem ser avaliados isoladamente dos aportes de recursos estaduais e municipais. Lembra-se que os estados, DF e municípios participam, hoje, com 42% do financiamento do SUS.

1.4 A análise das desigualdades, quando restrita aos espaços das macrorregiões ou dos estados, é insuficiente para orientar a construção da eqüidade. As desigualdades devem ser analisadas no âmbito de cada estado (entre os municípios) e até mesmo no âmbito de microterritórios (bairros e vilas urbanas, vilas rurais, bolsões de favelas, barracos e as várias formas de invasões), uma vez que, se não forem corrigidas as desigualdades nesses níveis, será inevitável a reprodução das desigualdades, apesar do aumento da aplicação de recursos.

Ademais, deve ser levado em conta que um dos fatores que contribuem para o reforço das desigualdades é a ausência de modelos de intervenção para a atenção à saúde dos grupos populacionais em desvantagem social, devendo ser desencadeada uma discriminação positiva, com aporte de recursos e ações diferenciadas.

1.5 Sob o ponto de vista das condições da saúde da população brasileira, o princípio da eqüidade encontra-se, ainda, extremamente distante da sua efetivação. A maior causa é intersetorial, com a iniqüidade e desigualdade da oferta de bens geradores da qualidade de vida, tais como: renda familiar, trabalho (urbano e rural), emprego, habitação, segurança, saneamento, segurança alimentar, eqüidade na qualidade do ensino, lazer e outros. O resultado do esforço do SUS seria seguramente bem melhor, caso as políticas públicas referentes aos demais setores estivessem também sob a lógica dos direitos de cidadania, como a do SUS.

2. Adequação da Oferta de Serviços de Saúde ao Perfil das Necessidades e Prioridades da População

2.1 A Programação Pactuada e Integrada (PPI) e a implementação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) com os Planos Diretores Regionais (PDRs) não conseguiram, até agora, oferecer referenciais regionais seguros para orientar: a) o número, o perfil e a distribuição das unidades prestadoras de serviços de saúde, desde as mais simples Unidades Básicas de Saúde às unidades hospitalares e laboratoriais mais complexas; b) a produção, distribuição, alocação e grau de utilização dos equipamentos hospitalares, laboratoriais e ambulatoriais, dos medicamentos, reagentes e imunobiológicos; e c) o número, o perfil e distribuição dos profissionais de saúde e dos seus processos de trabalho.

2.2 O perfil das necessidades e prioridades de saúde da população deve ser determinado a partir de informações epidemiológicas (situações de risco e morbi-mortalidade), vis-à-vis as informações e demandas trazidas pelas entidades representantes dos usuários nos Conselhos de Saúde, e não somente pelos prestadores de serviços e pelos profissionais. Este perfil será referência para o planejamento da oferta de serviços, em âmbito regional e muitas vezes microrregional, devido à marcante diversidade socioeconômica e epidemiológica entre as regiões, no País.

2.3 O planejamento da oferta de serviços deve contemplar as seguintes modalidades de ações: a) intersetoriais de promoção da saúde; b) de proteção específica a segmentos populacionais expostos a riscos determinados; e c) de recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade. Este perfil, configurado em âmbito regional e, se necessário, microrregional, deve constituir-se na base dos planos municipais e

regionais de saúde, contendo, obrigatoriamente, metas de produção, qualidade e resultados, sob a égide das diretrizes da universalidade, integralidade e eqüidade.

2.4 Este desafio coloca a estratégia da Regionalização como imprescindível na realização dos próximos quatro desafios.

3. Responsabilidades e Atribuições na Definição das Necessidades da População por Serviços do SUS

3.1 A "encomenda" da provisão de serviços deve ser feita pelos Gestores aos Prestadores (públicos e privados complementares), segundo as metas pactuadas na PPI, no PDR e nos Planos Municipais de Saúde. A provisão dos serviços deve ser regulada pelo gestor por meio de Centrais de Regulação e submetida a controles de qualidade, avaliação dos resultados e acompanhada pelos respectivos Conselhos de Saúde.

3.2 As unidades prestadoras de serviços (governamentais e privadas conveniadas/contratadas) devem participar na definição das necessidades/prioridades, por intermédio das suas representações nas instâncias gestoras municipais e regionais, assim como nos Conselhos de Saúde, e não devem "impor" à Gestão a "sua" produção ambulatorial, os "seus" Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), a "sua" clientela, as "suas" vagas, valendo-se da autonomia e quase exclusividade que o sistema anterior delegava aos prestadores, dos quais era mero refém-pagador.

3.3 A adequação regional dos parâmetros assistenciais nacionais deve balizar-se no novo enfoque do perfil da oferta de serviços e na marcante diversidade regional e microrregional. Essa adequação, com exceção de casos pontuais, está longe de ser a regra. A regra é, ainda, a definição das necessidades/prioridades pelos prestadores de serviços e pelo ângulo medicalizado da demanda, com baixa incorporação do controle da qualidade dos serviços e avaliação dos resultados e descomprometida com a implementação de ações intersetoriais de promoção e proteção da saúde.

4. Efetivação do caráter de Porta de Entrada dos Serviços de Atenção Básica à Saúde

A Atenção Básica à Saúde ainda não constitui a porta de entrada principal aos serviços de saúde, perdendo este papel para os ambulatórios especializados de Média Complexidade (MC) e para os serviços de urgência (Pronto-Socorros).

Nos últimos anos, houve expressiva ampliação da oferta de serviços básicos em todo o País, com a extensão da rede municipal de UBS e da implementação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF), abrindo acesso ao SUS a grande segmento populacional, rural e urbano, antes excluído. Contudo, a Atenção Básica, com exceção de um número ainda inexpressivo de situações, pouco avançou na ampliação do tipo de ações ofertadas em cada UBS, na qualidade, no volume, na continuidade das ações e nos resultados à população, não alcançando o parâmetro universal de resolução de 85% dos problemas de saúde demandados neste nível.

É condição imprescindível, para a resolutividade do sistema, que se resguarde o direito de cidadania do acesso aos serviços de saúde, dentro da lógica que leve em conta as diretrizes da universalidade, eqüidade e integralidade, mediante a expansão de ações passíveis de serem realizadas tão somente a partir dos serviços de Atenção Básica à Saúde. É neste espaço estratégico e privilegiado de porta de entrada que o novo modelo de atenção à saúde deve incorporar e construir a responsabilidade sanitária, não somente por meio da sua territorialização, mas da adscrição de clientela, do acolhimento e vínculo, valendo-se de instrumentos importantes, como o planejamento estratégico, os cadastramentos, o geoprocessamento, entre outros.

4.1 A estruturação da Atenção Básica deve contemplar:

4.1.1 Rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS), com suas equipes atuando nas próprias unidades e nas comunidades abrangidas, com adscrição de clientela;

4.1.2 Ações:
a) Intersetoriais, de Promoção da Saúde, planejadas e executadas de forma articulada desde o âmbito das pequenas comunidades e das famílias, até o âmbito dos Governos Municipais, Estaduais e Nacional, com prioridade à educação, saneamento, alimentação, habitação, meio ambiente, segurança, lazer, trabalho (rural e urbano), emprego e renda. A imagem-objetivo de "municípios saudáveis" é, nesse sentido, um importante eixo para a gestão pública da cidadania, inclusive a construção da cultura de paz, no bojo da construção da política pública de cidadania;
b) Setoriais, de proteção específica a segmentos da população expostos a situações de risco, como as pessoas idosas, os trabalhadores (urbanos e rurais), a população indígena, as gestantes e mulheres de um modo geral, as crianças, os jovens desempregados e outros;
c) Diagnóstico e tratamento precoces;
d) Atendimento de urgências de baixa complexidade;
e) Cuidados básicos a doentes crônicos, egressos de internações e portadores de deficiências;
f) Referência para serviços de média e alta complexidade, após esgotada a resolutividade da rede de unidades básicas, o que pode alcançar pelo menos 85% dos problemas de saúde; e
g) Atingir a predominância do atendimento por responsabilidade sanitária sobre o mero atendimento da demanda.

4.2 Consolidação (física e funcional) da Rede de UBSs enquanto componente central da porta de entrada, na lógica do modelo de atenção do SUS, e respectivas decisões político-administrativas do Governo e Conselhos de Saúde, priorizando e efetivando a:

a) Fixação, adesão e capacitação adequada dos profissionais necessários, configurando um novo corpo profissional, reconhecido e respeitado;

b) Consolidação do vínculo profissional e funcional da equipe de Saúde de Família e Agentes Comunitários de Saúde a uma UBS, com vistas à ampliação da adscrição de famílias e pessoas da comunidade e articulação com os demais membros da equipe da UBS;

c) Realização de investimentos estratégicos em cada microrregião e localidade, visando a oferecer serviços básicos de acesso fácil, universal e igualitário para toda a população;

d) Elevação do grau de resolutividade da Atenção Básica à Saúde, não somente quanto ao seu componente assistencial, mas igualmente às ações de promoção e proteção da saúde;

e) Captação massiva dos usuários que necessitam de serviços básicos, que ainda hoje utilizam os serviços de média complexidade como porta de entrada, congestionando-os e desviando-os de sua função primordial de referência e suporte à rede de UBSs.

5. Reordenamento Organizacional e Programático dos Serviços de Média Complexidade, segundo a Racionalidade do SUS

Estes serviços, em regra, constituem ainda a porta de entrada real ao sistema, absorvendo diretamente a maior parte da demanda que, por sua baixa complexidade, deveria ser resolvida na rede de UBSs.

Os Ambulatórios de Especialidades, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Hospitais Gerais e Serviços de Urgência devem inserir-se no sistema de maneira compatível com as necessidades microrregionais.

Esse procedimento implica:

5.1 Efetivação da transição do perfil "porta de entrada de demanda eletiva" para o perfil "referência e suporte" da atenção básica.

5.2 Incorporação, na cultura assistencial e na rotina do atendimento da Média Complexidade, de:

a) Protocolos e diretrizes de condutas técnicas (diagnósticas e terapêuticas), sua aplicação e controle, incluindo critérios de requisição de exames diagnósticos e de encaminhamentos, com vistas ao controle dos altíssimos índices de procedimentos evitáveis, como exames e condutas desnecessários.

b) Mecanismos eficazes de referência e contra-referência com as UBSs da área de abrangência, em coerência com o perfil das necessidades/prioridades de saúde da população.

5.3 Participação em atividades permanentes de capacitação e atualização dos profissionais das UBSs.

5.4 Planejamento e preparação dos serviços de média complexidade para atender aos encaminhamentos da Rede de UBSs, referentes às demandas antes reprimidas.

6. Investimento Estratégico e Utilização da Capacidade Instalada Existente

Os critérios ainda predominantes para os investimentos em saúde encontram-se ligados diretamente às pressões pontuais (muitas vezes legítimas e bem-intencionadas, mas desarticuladas da construção do SUS) de prestadores de serviços, prefeitos, governadores e de políticos por meio de emendas parlamentares. É ainda eventual a coincidência desses critérios com as prioridades de investimentos e re-investimentos planejadas no âmbito da Atenção Básica e do atendimento de Média e Alta Complexidade para garantir o acesso universal da população aos serviços em todos os níveis de complexidade, em cada região, unidade federada e macrorregião do País, incluindo projetos do Reforsus. O mesmo atraso verifica-se, também, nos investimentos para dar autonomia ao País na produção de fatores de coagulação e outros hemoderivados ainda importados, assim como imunobiológicos e medicamentos básicos, todos com tecnologias já incorporadas ou facilmente incorporáveis. O recente sucesso da incorporação tecnológica para produção de medicamentos contra o vírus da Aids prova que é possível, mas que está longe de ser regra e decisão política efetiva.
Sempre orientados pelo princípio da eqüidade, investimentos em serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) devem ser feitos no âmbito microrregional e regional, elevando a oferta destes serviços da população usuária para diminuir a demanda reprimida. Essa expansão deve incluir:

6.1 A fixação e capacitação dos profissionais correspondentes, visando a assegurar acessibilidade igualitária de toda a população aos serviços de referência;

6.2 Coerência com os Planos Regionais de Investimentos.

6.3 O suporte às ações de Vigilância Sanitária (Rede de Laboratórios de Saúde Pública e de Centros de Controle de Qualidade);

6.4 A auto-suficiência nacional na produção e fornecimento de hemoderivados, imunobiológicos, medicamentos essenciais e outros insumos críticos.

7. Reestruturação dos Programas e Projetos Federais "Especiais"

7.1 Por intermédio dos chamados programas especiais busca-se, historicamente, aumentar o acesso aos serviços de saúde por parte de grupos populacionais mais vulneráveis e/ou excluídos, sob especificidades epidemiológicas de natureza nacional, assim como sob impacto da gestão de atividades-meio específicas. Os componentes da parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB) e outros programas especiais são também portadores dessa lógica. Ex.: PACS, PSF, Controle do Câncer de Colo Uterino, da Catarata, da Tuberculose, da Hanseníase, da Carência Nutricional, da Hipertensão, do Diabetes, da Saúde da Mulher, da Interiorização do Trabalho em Saúde e da Farmácia Básica. Essas iniciativas, hoje com caráter ainda vertical, devem limitar-se à definição de diretrizes, sob a ótica da epidemiologia social e regional, e alcançar efetividade mediante pactuações intermunicipais nas regiões e unidades federadas, estruturando a Atenção Básica à Saúde à rede de UBSs, assim como as referências regionais de média e alta complexidade.

7.2 Os programas e projetos centralizados, paralelos aos planos, realidades e prioridades locais e regionais, que utilizam a Gestão Estadual e Municipal e a Rede de UBSs somente como executores, mediante repasses fragmentados de recursos, como regra, têm impacto e visibilidade somente inicial. Desestimulam, por outro lado, os esforços de qualificação da Atenção Básica e acabam por ser ineficazes, focais, em grande parte efêmeros e, por isso, desestruturantes da própria Rede de UBSs e do SUS. Os programas e projetos que se tornam eficazes e permanentes, com resultados importantes para a população, são os que se inseriram, sem descontinuidade, na rotina da rede de UBSs e da rede suporte de MC, conforme as realidades locais e regionais. Programas e projetos com estas características, estimulados com recursos adicionais inespecíficos, tornam-se irreversíveis e estruturando o SUS de baixo para cima. Mas, infelizmente, tal comportamento ainda não constitui a regra.

7.3 A inserção pactuada desses programas e projetos deve ser negociada nas Comissões Intergestores, obedecendo aos preceitos da Gestão Descentralizada do SUS e de sua incorporação à rotina da Rede de UBSs. Na sua operacionalização é imprescindível a adequação às realidades loco-regionais, por meio do planejamento ascendente: Plano Municipal e Plano Diretor Regional, acompanhado pelos Conselhos de Saúde até sua execução. Os reforços técnicos e de recursos devem ser permanentes, visando a elevar a resolutividade geral da atenção básica e da rede suporte de MC.

7.4 Programas e Projetos Nacionais de Saúde referentes a áreas complexas e polêmicas devem ser obrigatoriamente discutidos, com a necessária antecedência, na CIT, nas CIBs, nos Conselhos de Saúde e no Poder Legislativo. Exs.: Projeto de Lei nº 4.147, que trata do Saneamento Básico em todo o País; Projeto "Alvorada", que financia o saneamento, por intermédio da Funasa/MS; Medida Provisória que altera a regulação dos Planos Privados de Saúde (retirada); Projeto de Lei da Abifarma, apresentado na Câmara Federal, sobre Assistência Farmacêutica; Medida Provisória sobre Assistência Farmacêutica (em discussão interna no MS); Medida Provisória que cria a Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças e outras.

8. Planejamento da Oferta e Remuneração dos serviços

8.1 Cada modalidade de repasse de recursos federais a estados, Distrito Federal e municípios possui estímulos diferentes na indução do modelo prestador de serviços: o repasse por convênio e o repasse fundo a fundo. Os objetivos estratégicos de utilização dessas modalidades, contudo, não vêm sendo adequadamente discutidos e formulados na CIT, nas CIB's e nos Conselhos de Saúde; menos ainda, os critérios com que os Gestores Estaduais e Municipais utilizam os repasses fundo a fundo para remunerar os prestadores de serviços e os profissionais no setor público e no privado complementar.

8.2 Quanto às modalidades de remuneração dos serviços, sobretudo daqueles serviços com alta freqüência na sua utilização e adequada previsibilidade frente às necessidades/prioridades da população, as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartites) e Conselhos de Saúde devem posicionar-se sobre diferentes alternativas, dentre elas:

a) Remuneração por produção, por meio das extensas tabelas com valores por atos/procedimentos "do prejuízo", "do custo" e "do lucro", sem sinalização para o uso mais eficiente dos recursos, o que obriga o estabelecimento de tetos financeiros por gestor e por unidade prestadora. A remuneração por produção de ações de alta freqüência pode ter o significado subliminar da lógica do mercado contra a meta pública.

b) Orçamento compartilhado, com o estabelecimento pactuado de metas prioritárias, custos e correspondente remuneração global regular, com incentivos ao cumprimento de metas de qualidade e de resultados, o que levaria os gestores e prestadores à condição de parceiros "Poupadores" e "Construtores do SUS". Nesta alternativa, o SIA-SUS e SIH-SUS permaneceriam imprescindíveis como base de informação, e não de remuneração.

c) Compartilhamento de riscos, entre gestores e provedores, com o estabelecimento de valor *per capita* para a remuneração de serviços definidos a clientelas também definidas.

d) Combinações de duas ou mais alternativas anteriores, a depender do serviço que esteja sendo prestado (hospitalização, atendimento ambulatorial geral ou especializado).

O desdobramento dessas alternativas, levado às últimas conseqüências, expõe o elo final da cadeia produtora dos serviços, que é as condutas e ações de cada profissional perante o usuário ou grupos de usuários. A desejável margem de autonomia, iniciativa e criatividade de cada profissional, deve proporcionar o direito de cidadania, a qualidade, a resolutividade, o acolhimento solidário e a humanização. É no âmbito da gestão do processo de trabalho, cujo desenvolvimento já se inicia em vários municípios, que devem ser incorporados novos comportamentos, sob pena de se reproduzir, nesse nível, o modelo privativista e excludente.

9. Financiamento e Orçamentação

9.1 A grande conquista da Emenda Constitucional nº 29, que vincula montantes mínimos dos orçamentos municipais, estaduais e da União ao SUS, teve a sua aplicação ofuscada por mais de um ano pelos pareceres do Ministério da Fazenda e da Advocacia Geral da União, superados somente em janeiro de 2002, com grande esforço do Conselho Nacional de Saúde, entidades que o integram, TCU e STF. Apesar dos pareceres do TCU e STF, resgatando o preceito Constitucional da EC nº 29, e anulando os efeitos do parecer da AGU, até o presente momento o Ministério do Planejamento mantém para cálculo do Orçamento do MS em 2003 a base fixa do orçamento de 1999. A Resolução do CNS nº 316, de

abril/02, fruto de entendimentos com os Tribunais de Contas, Ministério Público Federal, Consultorias Legislativas do Senado Federal e Câmara do Deputados, Conass, Conasems e MS, recoloca a aplicação da EC nº 29 no objetivo da sua aprovação no Congresso Nacional e subsidia a discussão de Lei Complementar correspondente. (Ver Anexo III)

9.2 Os montantes orçamentários destinados ao SUS, mesmo após o pleno cumprimento da EC nº 29, são constitucionalmente os montantes mínimos. Atualmente esses montantes são muito baixos, resultando em que os gestores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, especialmente os Municípios-Pólo, sofram pressões dos prestadores, dos profissionais e da população usuária, para romperem prioridades definidas nos planos de saúde e aplicarem os recursos em demandas prementes, em qualquer nível de complexidade, e a dar prioridade ao município-pólo em detrimento da demanda referida de outros municípios. O próprio avanço da Regionalização está assim restringido. Além dos montantes mínimos garantidos pela EC nº 29, deve haver compromisso do Governo e da Sociedade para o País elevar os recursos para a saúde, hoje bastante inferiores ao patamar mínimo praticado em bons sistemas de saúde e inferior até mesmo a vários países latino-americanos. Os gastos públicos das três esferas de governo com saúde caíram aproximadamente de 3,5% do PIB, em 1995, para 3,3% em 2000. A participação do orçamento público no gasto nacional com saúde é equivalente a menos de 50%, percentual bem inferior ao aplicado pelo Poder Público na grande maioria dos países desenvolvidos (Canadá e países europeus, por exemplo).

9.3 É impossível não associar o baixo gasto público com saúde no País ao volume e ao crescimento irrefreável da canalização dos recursos públicos para sustentar a Dívida Consolidada da União, suas amortizações e seus juros: segundo dados da Secretaria do Tesouro Nacional – MF, de 1999 a 2001, essa dívida saltou de R$646,2 para R$997,7 bilhões e, no mesmo período, as amortizações e juros saltaram de R$72,5 para R$107,4 bilhões, prosseguindo um quadro que vem se agravando desde 1995. (Ver anexo I)

9.4 A definição de prioridades e estratégias, coerentes com os princípios do SUS é missão fundamental para os gestores e Conselhos de Saúde e, a partir disso, devem analisar os itens orçamentários de custeio e de investimento. É fundamental, também, comparar o conjunto dos itens que se referem à Atenção Básica da Saúde, incluindo ações e serviços de Promoção e Proteção à Saúde e os conjuntos de itens referentes às ações e serviços de Média e Alta Complexidade Assistencial, para formular estratégias e prioridades em cada realidade local e regional.

9.5 Nas planilhas oficiais apresentadas aos Conselhos, geralmente, há muito baixa visibilidade dos itens referentes ao custeio, ao investimento e a cada nível de complexidade dos serviços a serem ofertados, o que dificulta ou impossibilita os gestores, técnicos e Conselhos de Saúde de exercerem suas atribuições quanto aos planos de saúde, suas metas, os orçamentos e a execução orçamentária.

9.6 Os itens orçamentários atuais encontram-se freqüentemente superpostos em relação aos mesmos campos de gastos e muitos deles apresentam, no final do ano, baixíssimas execuções, o que possibilita que os respectivos saldos, muitas vezes em quantitativos financeiros elevados, sejam reutilizados em outros itens, nem sempre com os critérios de prioridades que geraram a peça orçamentária no início do ano e sem participação das estruturas do SUS – Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde na discussão desses critérios. Não raro os saldos sequer são reaplicados, o que, somados aos Restos a Pagar acumulados não liquidados e cancelados, traduz, na prática, cortes orçamentários. Somente no item Restos a Pagar o valor acumulado no Orçamento do Ministério da Saúde para 2003 (desde 1998) situa-se acima de R$3 bilhões.

10. Reorientação da Política de Recursos Humanos no SUS

O SUS e seus recursos humanos vêm padecendo, nos últimos anos, de intensa e crescente precarização das relações de trabalho, reflexo da

política geral de corte neoliberal terceiro-mundista, tanto no setor público como no setor privado.

A ausência de uma política de recursos humanos para a saúde, formulada e realizada sob a lógica da política pública expressa nos princípios e diretrizes Constitucionais da Seguridade Social e do SUS, compõe hoje, com a escassez de recursos, os dois maiores obstáculos ao desenvolvimento do SUS. Os Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, recém-aprovados no Conselho Nacional de Saúde, constituem um marco em torno do qual o MS, o Conass e o Conasems, por intermédio da Tripartite, deverão assumir, perante a atual política governamental de recursos humanos, sua parte no equacionamento desta decisiva questão. Os itens abaixo ilustram sinteticamente o disposto nos Princípios e Diretrizes para NOB-RH, formulados pelo CNS:

10.1 As novas relações de trabalho deverão propiciar:

a) Reconhecimento do caráter estratégico e decisivo dos recursos humanos no desenvolvimento e realização do SUS;

b) Satisfação com o trabalho, fixação e continuidade dos profissionais prioritários e básicos, com queda efetiva da desastrosa rotatividade hoje existente;

c) Aperfeiçoamento da gestão dos recursos humanos em relação ao processo de trabalho, no âmbito da relação pessoal e profissional do profissional de saúde com o usuário;

d) Reconhecimento da responsabilidade social do pessoal de saúde e do setor saúde como utilizador de mão-de-obra intensiva;

e) Concurso Público e Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS);

f) Valorização, nos PCCSs do SUS, dos perfis profissionais generalistas e do trabalho em equipe, mediante adicionais de desempenho e de resultados para a saúde da população;

10.2 Educação permanente no trabalho visando aos perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade regional e em cada nível de complexidade.

10.3 Reformulação dos currículos das escolas de saúde, por meio de diretrizes adequadas às necessidades do SUS.

11. Construção do SUS como Expressão e sua Responsabilidade Regulatória

O Sistema Único de Saúde deve ser entendido como expressão da Saúde Pública e responsabilidade maior do Estado e por isso a saúde da população é o critério central para a organização/gestão do sistema. Dentre as funções essenciais da Saúde Pública, este desafio refere-se estrategicamente a duas responsabilidades intransferíveis do SUS:

11.1 Informação em Saúde

11.1.1 Informação para Gestão;

11.1.2 Informação para Capacitação de Recursos Humanos;

11.1.3 Informação para o Controle Social.

11.2 Responsabilidade Regulatória

11.2.1 A pré-condição da construção da responsabilidade regulatória do SUS é a imprescindível clareza da Política Pública na área da saúde, conservando seus princípios e diretrizes legais, enquanto imagem-objetivo a ser alcançada, e norte para a formulação das estratégias de construção do novo sistema.

11.2.2 No âmbito do disposto no item anterior, torna-se importante o reconhecimento das tarefas regulatórias como parte integrante das estratégias de estruturação e funcionamento do SUS, no contexto de novos modelos de gestão de sistema e gerência de unidades de saúde (das mais simples às mais complexas). Abre-se, aqui, a relevante questão da relação entre os gestores financiadores do SUS (União, estados, DF e municípios) e os provedores/prestadores dos seus serviços (unidades de saúde estatais com autonomia administrativa e privadas contratadas/conveniadas). A modernização desejável desta relação implica, de um lado, o estabelecimento de metas de produção, de qualidade com humanização e resolutividade, em função das necessidades/prioridades da população, explicitadas, discutidas e aprovadas nos Conselhos de Saúde, e, de outro, na pactuação com os provedores dos serviços, explicitada em termos de compromissos e contratos de gestão do gestor/financiador com cada provedor/prestador. A regulação, tarefa do gestor, deve abranger a eficácia, os custos, a eficiência, a qualidade, a resolutividade e a cobertura, todos previamente pactuados.

11.2.3 A aceitação do controle da sociedade pelos Conselhos de Saúde, nos marcos da Lei nº 8.142/90, enquanto "macrorregulação" no âmbito de uma desejável relação Estado/Sociedade, deve se estender a todas as ações e instituições vinculadas ao sistema. Esta responsabilidade é exercitada no âmbito da formulação de estratégias e diretrizes e no controle da execução das políticas. As Agências Reguladoras, na área da saúde, são Autarquias Especiais que, como qualquer outra modalidade de administração pública indireta, devem estar subordinadas às instâncias gestoras públicas maiores, como o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Tripartite, no âmbito das responsabilidades intransferíveis de Estado.

11.2.4 A regulação da prestação de serviços envolve as questões relacionadas ao caráter financiador, regulador e provedor do Estado brasileiro, incluindo a questão dos contratos de gestão, dos estímulos orçamentários de eficácia e de eficiência, abrangendo:

a) Unidades Públicas com ou sem autonomia gerencial;

b) Unidades Privadas conveniadas e contratadas pelo Poder Público, integrantes do SUS;

c) Mercado produtor e vendedor de insumos para o SUS (equipamentos, medicamentos, fármacos, imunobiológicos, reagentes e outros), que envolve política pública industrial nacional, de ciência e tecnologia e de regulação de preços;

d) O papel dos órgãos de Avaliação, Controle e Auditorias.

e) A "Saúde Supletiva" – Operadoras privadas de Planos de Saúde, Prestadores de Serviços das Operadoras, Profissionais de Saúde e

Consumidores. As competências legais da Direção do SUS na sua regulação encontram-se expressas no art. 197 da Constituição Federal (relevância pública), no art. 15 da Lei nº 8.080/90 (atribuição das três esferas de governo na regulação) e no art. 22 da Lei nº 8.080/90 (Normas da Direção do SUS)[5], devendo ser regulamentadas e efetivadas as prerrogativas do Controle Social.

f) As Centrais de Regulação: seu papel no conjunto do processo regulatório.

11.2.5 A regulação do sistema, em cada uma das três esferas de governo na saúde, deve deixar claro:

a) O papel dos Conselhos de Saúde;

b) O papel das Comissões Intergestores (Tripartite, Bipartites Estaduais e Bipartites Regionais);

c) O papel dos Tribunais de Contas, do Ministério Público e do Poder Legislativo;

IV – AGENDA PARA EFETIVAÇÃO DO SUS E DO CONTROLE SOCIAL – RELATÓRIO DA 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, reuniu em Brasília 2.500 delegados vindos de todo o País, que analisaram e deliberaram sobre proposições relativas ao tema "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social". Suas recomendações correspondem às expectativas da sociedade em relação às políticas estatais na área da saúde. Suas principais recomendações foram:

1. Melhoria das condições de saúde mediante a construção de políticas sociais intersetoriais e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana, capaz de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população;

2. Fortalecer o exercício da cidadania por meio do Controle Social pela sociedade como um todo e, em especial, na área de saúde, por meio das Conferências e de Conselhos de Saúde deliberativos e paritários com respeito às suas decisões.

3. Buscar fontes de financiamento definidas e suficientes para a área de saúde. Lutando por esta recomendação, a partir da PEC nº 169 conquistou-se a EC nº 29/00, que precisa ser cumprida e regulamentada urgentemente, a fim de atender à demanda de recursos financeiros que viabilizem o sistema.

4. Suspender e proibir quaisquer contratos e convênios substitutivos da gestão pública, a exemplo de organizações como o PAS e assemelhados, atendendo ao preceito explicitado pela Procuradoria Geral da República.

5. Implementar a política de Recursos Humanos para o SUS, com contratação por intermédio de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário. Nesta perspectiva, é imprescindível a efetiva implantação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos e das Mesas Nacional, Estaduais e Municipais de Negociação do SUS.

[5] "Mais importante que o próprio momento institucional da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é saber se funcionará efetivamente, para fazer da medicina privada um suplemento eficiente para os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), havendo entre ambos uma dinâmica virtuosa – pela eficiência, qualidade, ética, minimização das injustiças, etc., ou se sua existência acabará sendo mais uma fase no processo histórico da privatização da atenção da Saúde no Brasil." Brasil/Radiografia da Saúde – Introdução. Instituto de Economia e NEPP/Unicamp.

6. Propiciar o acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada, garantindo o financiamento de todos os níveis da saúde, com autonomia dos municípios e estados na elaboração e execução de seus Planos, com aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde.

7. Organizar a porta de entrada do sistema, por distintas iniciativas de estruturação da atenção básica, tais como: Saúde da Família, Sistemas Locais de Saúde e outras estratégias, que devem garantir a territorialização, a gestão pública, a responsabilidade sanitária, equipe multiprofissional em dedicação integral, bem como a articulação e a integração com os demais níveis de atenção à saúde.

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

DIRETRIZES PARA A POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL
PERÍODO 2003-2007 – Ministério da Saúde

APRESENTAÇÃO

"SAÚDE: UM DIREITO DE TODOS E UM DEVER DO ESTADO – A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS"

O Ministério da Saúde expõe o entendimento que temos sobre cada um dos dez eixos temáticos da 12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca, definidos pela Comissão Organizadora, constituída pela plenária do Conselho Nacional de Saúde. Nele identificamos as lacunas e desafios a serem enfrentados e as diretrizes propostas para o avanço na consolidação do SUS e da Reforma Sanitária.

O texto representa a síntese das discussões realizadas até o momento no âmbito do Ministério da Saúde e está sendo colocado ao debate da 12ª CNS, na etapa municipal, estadual e nacional, entendendo ser este o foro político de maior relevância para as definições que conduzirão o SUS nos próximos quatro anos.

É importante ressaltar que cada conferência municipal tem o caráter deliberativo no âmbito da política local e, ao mesmo tempo, deve contribuir para a formulação da política de saúde estadual e nacional. Isso deve estar refletido na forma em que as questões do SUS serão levadas à etapa nacional.

O processo de realização desta Conferência difere do das outras em muitos aspectos e, a nosso ver, o mais importante deles é o compromisso político deste Ministério da Saúde em acatar as orientações que expressem a vontade e o desejo da maioria dos delegados, definidas em seu Relatório Final. Estas orientações serão o norte pelo qual definiremos nossas políticas e prioridades.

Humberto Costa
Ministro da Saúde

Eixo Temático I – DIREITO À SAÚDE

Introdução

O direito à saúde, afirmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, está explicitado na Constituição Federal de 1988, que o define a Saúde como direito de todos e dever do Estado, indicando os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90) regulamenta estes princípios, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano.

A saúde preconizada na Constituição está inspirada no debate da Reforma Sanitária Brasileira iniciado na década de 70, com sua grande expressão no resultado do intenso e participativo debate ocorrido na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Durante a década de noventa assistimos a árdua luta pela implantação do SUS. Ainda que estejamos distantes de completar esta tarefa, muito se avançou. No entanto, foi gritante a insuficiência do desenvolvimento de outras políticas sociais, como de habitação, saneamento, emprego, distribuição de renda, reforma agrária, segurança, igualmente importantes para assegurar saúde à coletividade.

Saúde é qualidade de vida e, portanto, deve estar vinculada aos direitos humanos, ao direito ao trabalho, à moradia, educação, alimentação e lazer. O direito à saúde, especialmente quando examinado sob a ótica da qualidade de vida, exige também que a superação das desigualdades envolva o acesso democrático a alimentos, medicamentos e serviços que sejam seguros e que tenham sua qualidade controlada pelo poder público. Qualidade de vida implica o reconhecimento do humano como ser integral. O conceito de cidadania que a Constituição assegura deve ser traduzido nas condições de vida da população. Ressalte-se que a promoção e atenção à saúde são fundamentais e fazem parte do elenco de políticas sociais necessárias para a construção de uma sociedade justa e democrática, sendo esta a missão central do SUS.

Nesse sentido, a efetivação do direito à saúde depende do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda, cabendo especificamente ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma eqüitativa.

A consolidação da saúde como direito universal constitui um desafio que vem se traduzindo no Plano Plurianual (PPA). Neste, o objetivo da Inclusão Social com Redução das Desigualdades Sociais e Regionais, bem como a Promoção e Expansão da Cidadania e Fortalecimento da Democracia, é o que comporta a intenção de efetivar a saúde como direito.

Obstáculos e Desafios

O direito à saúde ainda não alcança toda a população brasileira. Cerca de 74% utilizam exclusivamente os serviços do SUS, enquanto 26% buscam assistência no setor de saúde suplementar de acordo com dados do IBGE (Pnad, 1998). Note-se que os serviços mais complexos e caros são também usados pelos associados do sistema suplementar, porque a oferta desses serviços está concentrada nas ações e serviços de média complexidade.

Ainda há uma extensa agenda a ser cumprida para a consolidação do direito em muitos aspectos como a qualidade e a integralidade da atenção à saúde. Serviços de baixa qualidade e dificuldades de acesso são problemas que ainda impedem que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade.

A desigualdade social que se manifesta pela crescente concentração de renda, acarretando pobreza e exclusão social, constitui um desafio para garantir os direitos de saúde da população. Este quadro exige um esforço ampliado de todos os setores da sociedade em busca de uma atenção à saúde que, além de oferecer uma maior cobertura, um dos reconhecidos avanços do SUS, assegure um tratamento com qualidade,

humanizado, integral e contínuo.
Os grandes desafios para o Estado são a promoção da eqüidade na atenção à saúde, que reduza as desigualdades regionais e amplie a oferta de ações de saúde aos grupos populacionais mais vulneráveis, e a ampliação do acesso, de forma a garantir a universalidade.

Diretrizes

• Garantir atenção à saúde em integração ao Sistema de Seguridade Social, entendido como uma rede de proteção social às pessoas em todas as fases da vida;
• Legitimação pela sociedade, governo e partidos políticos dos princípios e diretrizes do SUS;
• Fortalecer o papel regulador do Ministério da Saúde em todos os âmbitos nos quais são estabelecidas relações com o setor privado como dos planos de saúde, indústria farmacêutica e outros, visando à garantia do direito universal à saúde;
• Assegurar políticas sociais amplas que assegurem emprego, moradia, segurança, cultura e vida saudável, articulando-as por meio de projetos intersetoriais com o SUS;
• Criação de uma legislação, amplamente discutida com a sociedade, sobre os direitos dos usuários do SUS, garantindo a disseminação de seu conteúdo.

Eixo Temático II – A SEGURIDADE SOCIAL E A SAÚDE

Introdução

Seguridade Social é a expressão que se desenvolveu através dos tempos, vinculada aos direitos de cidadania, cuja realização somente se concretiza com a organização e mobilização de todos os segmentos da Sociedade, elevando a capacidade de negociação e formulação de pacto em torno dos direitos e interesses em conflito, contribuindo para a construção do Estado democrático, apropriado pela Sociedade e, por isso, capaz de promover o desenvolvimento da nação e exercer a proteção social de todos os cidadãos. Localiza-se no âmbito da Proteção Social enquanto característica e dever básico do Estado democrático.
O exercício da proteção social é uma tarefa e um valor da Sociedade e do Estado, necessariamente, acima da capacidade dos cidadãos de comprarem os bens e serviços essenciais no mercado e até mesmo acima da capacidade de contribuição para fundos estatais da Previdência Social, sem, contudo, deixar de incorporar estes fundos e seus gastos. É, por isso, fruto de políticas públicas que são políticas de Estado, formuladas e pactuadas permanentemente por meio da construção democrática da relação Sociedade–Estado. Estas considerações referem-se a todos os direitos sociais relacionados no art. 6º da Constituição Federal brasileira de 1988, a saber: à Educação, à Saúde, ao Trabalho, à Moradia, ao Lazer, a Segurança, à Previdência Social, à Proteção Materno-Infantil e à Assistência aos Desamparados.
O grau de organização e mobilização da Sociedade perante a Assembléia Nacional Constituinte, em 1988, conseguiu ainda significativa vitória ao definir e estabelecer, no art. 194, a Seguridade Social como o "conjunto integrado de ações dos poderes públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social", os objetivos de universalidade, eqüidade, diversidade da base de financiamento e o caráter democrático e descentralizado da administração, dentre outros. Estava excluída a visão meramente previdenciária, limitada à viabilidade atuarial, que depende da contribuição descontada na folha de pagamento e da capacidade do fundo previdenciário de financiar os benefícios. Por isso foi decidida a política pública social amparada por um orçamento da Seguridade Social detalhado no art. 195.
O entendimento e construção do "SUS que queremos" implicam a retomada da saúde como integrante da Seguridade Social, considerada como

espaço decisivo da realização dos direitos inalienáveis do ser humano e portanto, exige a fusão de políticas de atenção em uma rede de proteção social que garanta o cuidado às pessoas, desde o nascimento até o final da vida.

A Seguridade Social, no âmbito da Proteção Social e dos direitos Sociais de cidadania, não se consolida sem uma reforma previdenciária que, ao mesmo tempo, seja progressiva e eqüitativa em relação aos direitos previdenciários da massa dos trabalhadores do setor público e privado e não ultrapasse o limite do fundo previdenciário estatal, e esse é o esforço em implementação pelo Governo. Além disso, o papel da Reforma da Previdência em curso tem o objetivo de recuperar a desejada articulação dos Ministérios da Ação Social, Seguridade Social e Saúde, garantindo a Rede de Proteção Social. É nesse contexto que a incorporação pela Sociedade e pelo Estado das Reformas Previdenciária e Tributária como conseqüência e ferramenta de um projeto maior da Sociedade e Estado que desejamos é o caminho concreto para lá chegarmos.

Obstáculos e Desafios

A partir de 1990, o movimento mundial da Reforma do Estado, sob os objetivos do sistema financeiro, chegou ao nosso país, com grande crescimento do setor privado e do mercado na saúde e na previdência social por meio das seguradoras privadas, e um fantástico crescimento da dívida pública que impediu o crescimento dos orçamentos da área social, incluindo a Saúde. O percentual mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social destinado para o SUS, constante nas disposições transitórias da Constituição, foi desconsiderado. A destinação da CPMF para o SUS, conquistada pela mobilização do movimento da Reforma Sanitária Brasileira no Congresso Nacional surtiu efeito quase nulo com a retirada pelo governo da época de outras fontes de financiamento para a saúde. O conceito e a prática do Orçamento da Seguridade Social foram desfigurados por sucessivas Emendas Constitucionais e Decretos Presidenciais, incluindo a extinção do Conselho Nacional da Seguridade Social. A formulação, articulação e aprovação da Emenda Constitucional n° 29 teve grande limitação na contrapartida federal devido ao parecer da Advocacia Geral da União em 2000.

Enquanto os gastos com saúde em países com sistemas de saúde mais avançados encontram-se entre 1000 e 2000 dólares por pessoa/ano, dos quais mais de 70% de origem pública, no Brasil, chegamos a 2003, com aproximadamente 185 dólares por pessoa/ano, dos quais aproximadamente 45% de origem pública. Como se não bastasse, setores empresariais e do próprio Estado estimulam a visão de que o SUS é para os pobres, voltado para uma Atenção Básica de baixo financiamento, e de que os planos privados são para os remediados e ricos.

Contudo, o SUS é o componente da Seguridade Social no Brasil que mais tem resistido nos seus princípios e práticas. Os princípios básicos da Universalidade, Eqüidade e Integralidade orientam a construção do novo modelo de atenção à saúde e a avançada descentralização, com ênfase na municipalização com o controle da população, por meio de Conselhos e Conferências de Saúde, sobrevivem às intempéries destes últimos anos. A resistência ao desmanche da política pública social iniciada com a Constituição Federal e a conquista de tantos avanços fazem do SUS um comprovado espaço de desenvolvimento dos valores e práticas dos direitos sociais, por meio da realização da Universalidade, Eqüidade, e Integralidade.

Quanto ao "Dever de Estado", inscrito na Constituição, o compromisso do Governo é responder ao conjunto da sociedade, com ela discutindo e deliberando políticas públicas de desenvolvimento econômico-social e de proteção social, com base nos direitos de cidadania e não responder à voracidade do sistema financeiro e da elite social, para os quais o direito à saúde é satisfeito com a capacidade de comprar bens e serviços no mercado, restando para a maioria da população não mais que projetos compensatórios locais de sobrevivência, quando não a total ausência de atenção.

Neste sentido, todos os segmentos sociais, informados e mobilizados, criarão condições de negociação, construindo um pacto social para uma reforma tributária progressiva, justa e eqüitativa, que possa viabilizar as responsabilidades de proteção social do Estado e Sociedade.

Diretrizes

• Fortalecimento do Sistema de Seguridade Social como responsabilidade do Estado e da Sociedade;
• Consolidação do SUS como integrante do Sistema de Seguridade Social;
• Fortalecimento da Rede de proteção social com promoção da eqüidade e inclusão social;
• Mobilização pela manutenção da vinculação da receita da União, dos estados e municípios como base de cálculo do percentual a ser repassado à Saúde.
• Construção de um pacto entre todos os segmentos da sociedade em que sejam definidos os setores a serem mais beneficiados pelo sistema tributário e, ao mesmo tempo, os setores que mais contribuirão nas arrecadações, pautadas pelos princípios da Eqüidade Social e Regional, da Justiça Social, dos Direitos da Cidadania e da Indução do Desenvolvimento Econômico com Inclusão.
• Recomposição do Conselho Nacional de Seguridade Social como estratégia de implantar o conceito e o orçamento de Seguridade Social da Constituição Federal;
• Garantia de que o processo de Reforma Tributária contemple a manutenção e o fortalecimento da Seguridade Social nas três esferas de governo;
• Criação de Rede de Proteção Social, redistribuição de recursos para redistribuição de renda para a consolidação de políticas de inclusão.

Eixo Temático III – A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DA SAÚDE

Introdução

A intersetorialidade representa uma das mais atuais e complexas discussões e por isso mesmo, estrategicamente, torna-se necessária uma reflexão aprofundada, especialmente neste momento em que se tem a oportunidade de analisar os resultados e rumos da Reforma Sanitária Brasileira. Significa primeiramente conferir prioridade de governo a problemas de saúde e, portanto, ampliar e articular a discussão da promoção da saúde e a necessária estratégia de ação baseada na articulação intersetorial.
Como prática de ação política e de gestão, a intersetorialidade parte da compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes. Para as questões de saúde torna-se mais fácil compreender esse conceito em função de que a vida se nos apresenta tecida em conjunto. Qualquer indicador de saúde, mortalidade infantil, longevidade, índice de violência, por exemplo, reflete um amplo conjunto de variáveis inter-relacionadas. E desde o profissional de saúde até ao gestor do sistema já existe a consciência de que seu saber e sua atuação setorial são insuficientes para alcançar resultados efetivos e transformadores para esses problemas complexos e para promover a qualidade de vida da população.
Por isso o Ministério da Saúde celebra a orientação de governo que recomenda a articulação entre os diversos ministérios, entendendo ser esse o caminho para a consolidação da Reforma Sanitária baseada no conceito de saúde como qualidade de vida.

Obstáculos e desafios

O movimento da Reforma Sanitária adotou um outro modo de encarar as práticas do setor saúde com base no conceito de que saúde é qualidade de vida e não apenas assistência a doenças, ainda que seja isto também. Até o presente, a Reforma Sanitária vem enfrentando muitas dificuldades para sua concretização. Uma delas pode ser traduzida como a dificuldade de construir uma prática de promoção da saúde capaz

de fazer a ruptura do próprio modelo do conhecimento e de formação dos profissionais.
Como desafio, o Ministério da Saúde afirma o compromisso político com o sofrimento do outro e com o rompimento da espiral que caracteriza os processos de exclusão, engajando-se no projeto de governo de gerar condições e oportunidades de desenvolvimento social, compreendido como a apropriação mais equânime das riquezas geradas pela sociedade.
Um desafio a ser enfrentado diz respeito à baixa capacidade de argumentação apoiada cientificamente, para o convencimento dos demais setores sobre a natureza intersetorial dos problemas de saúde, acarretando uma baixa adesão destes setores aos objetivos prioritários para a saúde.
Por outro lado, a desarticulação setorial, juntamente com políticas sociais focais, implementadas nos últimos anos no setor saúde, também deve ser superada. Muitos desafios para a construção da intersetorialidade deverão ter como fonte de inspiração a observação das inúmeras experiências nas esferas estaduais e municipais, cuja orientação centrada no enfoque intersetorial vai se constituindo fundamento paradigmático da promoção da saúde e da qualidade de vida.

Diretrizes

As diretrizes que propomos devem ser entendidas como sintonizadas e harmonizadas numa concepção e busca da intersetorialidade. E poderão ser desenvolvidas com efetividade na medida em que o debate seja estabelecido francamente e objetivamente em torno da construção solidária da saúde como bem público e do SUS como propriedade coletiva:
• Recuperação e fortalecimento dos princípios da Reforma Sanitária, particularmente no que diz respeito à ampliação do conceito de saúde como quantidade e qualidade de vida;
• Produção de informações científicas que fortaleçam as evidências sobre os determinantes e condicionantes intersetoriais na produção de problemas de saúde;
• Criação de mecanismos de articulação intersetorial para a promoção da saúde como quantidade e qualidade de vida;
• Criação e implementação de uma agenda intersetorial de governo para a saúde da população brasileira, articulando Ministério do Meio Ambiente, Educação, Trabalho, Cidades, Assistência Social, etc;
• Fortalecimento da gestão democrática do SUS com co-responsabilização dos distintos setores sociais e econômicos do Governo com a saúde da população e a qualidade de vida.

Eixo Temático IV – AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS

Introdução

Constitucionalmente definiu-se o município como o responsável pela gestão de serviços e ações de saúde no seu âmbito de abrangência, com a cooperação técnica e financeira das demais esferas governamentais.
No decorrer da organização do sistema de saúde, o princípio da descentralização foi sendo cumprido, com ênfase na municipalização da saúde. Este processo foi possível, sobretudo, pela crescente participação dos atores sociais e a organização e mobilização dos gestores municipais, que passaram a ocupar espaços importantes no processo de consolidação do SUS.
A transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal passou a exigir novas competências e capacidades político-

institucionais do gestor local, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, a fim de permitir o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos.

Assim, também ganha destaque neste processo a redefinição das funções do gestor estadual e federal, na medida em que se faz necessária uma qualificação do apoio e cooperação aos municípios, com vistas à implementação de redes de atenção.

A viabilização do SUS, portanto, requer a instauração de processos de concertação entre as três esferas de governo, a clara definição de competências comuns e específicas de cada ente, uma adequada repartição dos recursos financeiros, mecanismos mais efetivos à integração de ações e condições políticas para o exercício de ações coordenadas e de cooperação.

A municipalização da saúde, entretanto, não foi acompanhada de uma reorganização das funções do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de saúde para fazer valer a responsabilidade de coordenação do sistema no âmbito dos estados, denotando uma limitação político-institucional que dificultou o processo de reconstrução de serviços e práticas de saúde e requereu a constituição de novos espaços e processos de gestão.

A constituição e funcionamento das Comissões Intergestores no âmbito estadual (CIB) e nacional (CIT), a partir de 1993, tem desempenhado um papel decisivo na negociação dos conflitos entre os gestores, viabilizando pactos importantes à consolidação do SUS. Contudo, intensificaram-se os conflitos com os Conselhos de Saúde que perceberam uma subtração de suas competências nesse processo de pactuação.

A persistência dos conflitos e das disputas pela gestão dos recursos e pela gerência dos serviços tem dificultado a cooperação necessária ao processo de hierarquização e regionalização dos serviços e ações, em prejuízo da eficiência, eficácia e efetividade do sistema. A diretriz do comando único no âmbito municipal tem sido implementada em meio a muitas contradições e é ainda restrita ao controle sobre os recursos alocados nos serviços situados no território municipal.

Os 15 anos de história do SUS têm sido marcados por muitos avanços político-institucionais e por significativas conquistas no campo do direito à saúde. Consolidaram-se importantes redes assistenciais e se melhorou o acesso aos serviços com a expansão da atenção básica na maioria dos municípios. Porém, são muitos os desafios a enfrentar no campo da gestão do sistema.

Obstáculos e desafios

O primeiro desafio diz respeito à falta de clareza para os usuários, acerca da responsabilidade pela garantia do direito à saúde. As definições legais, as normas e os pactos têm se mostrado insuficientes na definição dos papéis das unidades federadas, comprometendo o desempenho da gestão descentralizada do sistema.

A regulamentação e a atualização da legislação sobre o SUS e a contínua atualização das normas que orientam seu funcionamento, com base na experiência acumulada, bem como a valorização e o fortalecimento do Controle Social, podem contribuir para superar as lacunas existentes e melhor definir as responsabilidades sanitárias e os mecanismos de responsabilização dos gestores nas três esferas de governo.

Um segundo desafio refere-se ao aprimoramento dos mecanismos legislativos e de gestão capazes de efetivar as responsabilidades comuns de formulação de políticas, de planejamento, de coordenação e de avaliação do sistema nas três esferas de governo, incluindo os mecanismos de interação e de co-gestão que possam lidar com os conflitos presentes nesta relação.

Outro desafio que se apresenta ao debate na gestão do SUS refere-se ao tema da regionalização e do fluxo de pacientes no sistema. O equacionamento dos problemas associados ao atendimento aos cidadãos que buscam atenção fora dos limites territoriais em que residem, município ou estado, continua sem solução adequada. Temos de enfrentar as razões que levam a migrações injustificadas e avançar na organização regionalizada do sistema.

Assim, para que o SUS possa ser efetivo no que se refere à integração e coordenação das ações, em vista da integralidade almejada, torna-se imperativo promover um relacionamento fundado na cooperação entre os entes federados, assentado em bases jurídicas sólidas, que potencialize os recursos e integre as iniciativas de forma a responder com oportunidade às demandas e às necessidades de saúde da população.

Diretrizes

• Superação do processo burocrático-normativo, que tem pautado a ordenação de atribuições e responsabilidades no processo de habilitação à gestão de municípios e estados, com vistas à formalização de contratos em que se explicitem responsabilidades, objetivos e metas sanitárias socialmente construídas e passíveis de avaliação;
• Instituição de processos permanentes de avaliação do desempenho do Sistema de Saúde nas três esferas de governo;
• Dinamização e ampliação do processo de negociação e pactuação vigente nas comissões intergestores, propiciando o avanço na regionalização da saúde, atendendo os requisitos de racionalidade econômica e de efetividade na atenção, respeitadas as diversidades regionais;
• Revisão dos mecanismos de alocação e repasse de recursos para reorientar a gestão e os modelos de atenção vigentes;
• Regulamentação do dispositivo constitucional que trata da destinação de recursos para o setor, para precisar responsabilidades com o financiamento do sistema e definir as modalidades do gasto sanitário;
• Incentivo à participação cidadã e à utilização dos instrumentos legais disponíveis para o controle social e efetivação de compromissos e responsabilidades entre os gestores, em sintonia com as mudanças desejadas para a construção do "SUS que queremos".

Eixo Temático V – A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Introdução

Redirecionar o modo de se fazer saúde no Brasil talvez seja o maior desafio do novo governo na área da saúde. Herdeiro de um modo de fazer com base na lógica da realização de procedimentos, centrado nos hospitais e que maximiza a tecnologia, o modelo atual tem como resultado uma fragmentação do cuidado e a produção de resultados muito aquém das necessidades da população brasileira.
O essencial é que os modelos de atenção propostos se apóiem nas diretrizes de universalidade, integralidade, eqüidade, descentralização e controle social, orientando e definindo como organizar as ações e serviços. Nesta perspectiva, a organização da atenção à saúde deve incluir a promoção e a proteção da saúde, as atividades de controle de risco e de regulação do mercado produtivo da saúde, bem como as ações voltadas ao controle e monitoramento das práticas, resultando em indicadores que traduzam a realidade da saúde.
Os pressupostos da organização dos serviços devem ser a reorganização dos processos e práticas com garantia do acesso e acolhimento aos usuários; a responsabilização com geração de vínculo entre profissionais e população; a integralidade na assistência; e a democratização com ampla participação de trabalhadores e usuários na gestão. Além disso, deve-se observar a estratégia da hierarquização e regionalização conformando redes de serviços, a descentralização e melhoria da gestão pública com adequação à realidade local.
Deve-se levar em conta, também, o quadro de riscos e de morbi-mortalidade, a atenção a grupos populacionais mais vulneráveis, a atenção aos portadores de doenças crônicas, os custos crescentes das ações de saúde, a importância da incorporação tecnológica, a metodologia e tecnologias de educação e a promoção de hábitos saudáveis, entre outros.
O modelo de atenção para o SUS deve buscar respostas para o enfrentamento das atuais necessidades de saúde, levando também em consideração os problemas futuros agravados pela contínua transição demográfica e pelas evidências que apontam para uma sociedade mais

violenta, com mais idosos e menos jovens. Nesse sentido, devem-se considerar também os desafios para a saúde relacionados ao risco do consumo de produtos, à exposição a fatores ambientais de risco e, particularmente, às condições inadequadas de habitação e saneamento básico. Para tanto, faz-se necessário construir uma nova relação com os municípios por meio de pactos entre as esferas de governo, quanto às prioridades, metas, caráter indutor de repasses financeiros e definição de responsabilidades.

Diretrizes

Para responder à organização de modelos de atenção capazes de responder a essa complexidade, é necessária a articulação entre as três esferas de governo na estruturação e implementação de uma rede baseada nas seguintes diretrizes:

- Ampliação do acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, com fortalecimento da rede pública, possibilitando, ao mesmo tempo, mudanças essenciais no modelo de atenção;
- Implantação da atenção básica, tendo o Programa de Saúde da Família como estratégia estruturante da rede de serviços, baseada nos pressupostos citados acima e que contemple os aspectos da promoção e da resolução da grande maioria dos problemas de saúde da população, fortemente articulada com o planejamento local e regional;
- Desenvolvimento de políticas específicas direcionadas a grupos vulneráveis buscando o princípio da eqüidade;
- Estruturação de serviços de média complexidade que sejam complementares à atenção básica, garantindo a sua resolutividade e qualidade;
- Estruturação de uma rede de urgência e emergência, da pequena à grande urgência, passando pelos serviços pré-hospitalares, articulada à rede geral de serviços de saúde;
- Estruturação de um setor de alta complexidade que rompa com o princípio da oferta e se oriente pela demanda gerada pela necessidade. Isso significa mudar a lógica de financiamento da produção de procedimentos para uma lógica de cuidado com o usuário;
- Estruturação da atenção hospitalar, com mudança da demanda espontânea aos hospitais, em uma perspectiva de articulação e complementaridade da rede de serviços, adequando os pequenos hospitais aos sistemas locais de saúde e modificando sua forma de financiamento;
- Desenvolvimento da gestão dos riscos relativos aos produtos e processos de interesse para a saúde e garantia da qualidade e segurança das tecnologias de saúde e uso racional;
- Intensificação das ações de vigilância em saúde, com a articulação da vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

Eixo Temático VI – CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA

Introdução

A maior inovação introduzida pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo SUS foi a ampliação decisiva do processo de formulação e controle da Política Pública de Saúde, envolvendo governo e sociedade.

Esta inovação cria a possibilidade e, simultaneamente, institui os mecanismos para a gestão participativa, cujo objetivo é agregar legitimidade às ações de governo, criando sustentabilidade aos programas e políticas propostas.

Os espaços institucionais de gestão compartilhada da saúde são os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde que, nos últimos anos,

têm provocado grande transformação no processo político-institucional. O processo de controle social realizado pelos Conselhos de Saúde nos municípios, nos estados e no âmbito nacional, ao determinar uma nova dinâmica de participação popular em saúde, vem implementando, com consistência, um dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira, que é o Controle Social do SUS.

Assim é que o processo de redemocratização da sociedade brasileira traz a característica da inclusão de novos atores políticos e, no setor da saúde, o seu aperfeiçoamento pode se dar pelo desenvolvimento e implementação de práticas de reconhecimento, pela escuta e interlocução com os cidadãos usuários do SUS.

Desta forma, o SUS contribuiu para uma visão ampliada de cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres, diferente de uma mera visão de consumidor de bens e serviços.

A descentralização da gestão e da execução das ações de saúde proposta pelo SUS está fundamentada no pressuposto da gestão participativa ao garantir maior poder à esfera municipal. Nesse sentido, fica identificado o espaço para a construção de uma rede de participação social de grande capilaridade, entrelaçando os diferentes níveis de gestão em saúde, articulada ao conjunto das outras esferas.

Outro componente estratégico da gestão participativa é aquele que, voltado ao funcionamento de cada instituição do SUS, promove maior participação dos profissionais e funcionários, gerando ambientes solidários e novas possibilidades dos vínculos institucionais dos trabalhadores.

Obstáculos e desafios

O desenvolvimento do processo de implantação dos mecanismos institucionais de controle social do SUS possibilitou avanços significativos na gestão participativa, realizado sob enfrentamento de obstáculos importantes. O mais importante destes talvez esteja relacionado à diluição do poder do gestor ao submeter ao Conselho suas decisões e ações. O caráter deliberativo do Conselho, condição essencial para a efetividade do controle social, ainda não é exercido na maior parte dos nossos municípios e estados.

A diversidade das condições de organização dos Conselhos de Saúde e de sua articulação com os movimentos sociais organizados, base de sua representação, contribui para retardar a consolidação do processo de controle social na saúde. Aliam-se ainda as grandes diversidades locais e regionais referidas às necessidades de atenção da população e as condições institucionais e administrativas do conjunto de municípios e estados.

Como lacuna, identifica-se a ausência de outras formas de participação, diversificando e construindo novas modalidades de interlocução entre usuários e gestores. Do lado da gestão executiva do SUS, não há uma cultura de transparência na gestão pública na difusão de informações. Por outro lado, a precária existência de estruturas de escuta do cidadão usuário, como é o caso das Ouvidorias do SUS, ainda não informa suficientemente aos movimentos sociais organizados e seus representantes institucionais, para qualificar sua atuação no controle social.

A produção de indicadores de saúde e sua ampla divulgação deve ser entendida como um importante instrumento de gestão pública, além de ser um instrumento que confere transparência à gestão, permitindo a fiscalização e o controle por parte dos movimentos populares. É indispensável para o exercício da democracia que os movimentos sociais organizados sejam capazes de compreender as implicações dos riscos

sanitários e não apenas as demandas pela assistência, na conformação do direito à saúde.

Outro aspecto problemático na ação dos Conselhos refere-se à representatividade e legitimidade dos representantes instituídos como conselheiros nas suas relações com seus representados. A legitimidade como processo permanente está assegurada na discussão das necessidades e anseios das pessoas representadas no Conselho, ou seja, o conselheiro, para ser legítimo em sua ação, deve promover constante troca de informações entre sua comunidade representada e o Conselho onde atua. Não sendo assim, a legitimidade não ocorre e a representatividade fica também prejudicada.

Ainda no campo das lacunas identificadas, as condições de infra-estrutura e operacionais dos Conselhos de Saúde são caracterizadas no seu conjunto como de grande precariedade. Esta situação impede um melhor desempenho dos Conselhos e impossibilita uma maior articulação, consolidando um desejável formato de rede de controle social.

O desafio parte do reconhecimento da importância dos mecanismos institucionais de gestão participativa nas políticas públicas, em geral, e de saúde em particular, como forma de politizar e legitimar a ação de governo. Em decorrência, deverão ser criadas as condições para superação da situação atual existente para todo o conjunto de atores envolvidos. De pronto, trata-se de qualificar o controle social do SUS por meio do fortalecimento dos Conselhos de Saúde e da ação sinérgica e inclusiva junto aos movimentos sociais organizados.

Por outro lado é necessário criar mecanismos eficientes de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das Ouvidorias do SUS. Por fim, a publicidade e transparência dos mecanismos de prestação de contas e dos relatórios de gestão contribuem para uma perspectiva de administração pública comprometida com a participação popular e voltada para o cidadão.

Diretrizes

• Construção de um pacto entre gestores e conselhos de saúde na esfera municipal, estadual e nacional voltado ao desenvolvimento de ações para apoio e fortalecimento do controle social, garantindo a estrutura física adequada e os recursos necessários para o funcionamento dos conselhos;
• Desenvolvimento de mecanismos de difusão de informações a partir de amplo trabalho de comunicação social com os diferentes meios existentes, visando a informar a população sobre os Conselhos de Saúde, seu papel, sua composição, suas bases de representação e sua importância decisiva para a legitimação das políticas de saúde e do SUS;
• Adoção e implementação de uma política de informação e comunicação entre os Conselhos de Saúde articulada ao âmbito local, regional e nacional, ampliando o diálogo destes com o governo, favorecendo a qualificação da participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde;
• Desenvolvimento de um processo de monitoramento do controle social no País, incluindo a realização de estudos e levantamentos que permitam conhecer as condições da ação do controle social da saúde no Brasil e a criação de uma rede articulada de conselhos.
• Definição e implementação de uma política nacional de Ouvidoria do SUS, de forma a organizar e apoiar as estruturas de escuta do cidadão usuário do SUS nas três esferas de governo. Esta política deve ampliar os canais de relação e participação de escuta ao cidadão, modificar o caráter, a eficiência e funcionamento das ouvidorias que, além de estarem voltadas à resolução pronta dos problemas denunciados, sejam também geradoras de informações para apoio e qualificação da gestão em saúde;

• Criação de Legislação em Defesa do Cidadão usuário do SUS a partir do desenvolvimento de amplo processo de discussão com a sociedade e com o Poder Legislativo.

Eixo Temático VII – O TRABALHO NA SAÚDE

Introdução

A gestão do trabalho e da educação na saúde é uma competência constitucional e legal dos gestores do SUS. Os trabalhadores de saúde têm de ser entendidos como autores fundamentais da implementação do SUS. Os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área de saúde, eles fazem a saúde. Saúde se faz com gente.

A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assume seu papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação e desenvolvimento do trabalho em saúde e do planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no Brasil, levando em conta os princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS).

Obstáculos e Desafios

Em relação ao trabalho no SUS, principalmente nos últimos oito anos, foi incentivado o estabelecimento de relações precárias de trabalho, que burlam o valor social do servidor público como agente do Estado Democrático para a proteção social da população, assim como os direitos conquistados pelos trabalhadores na Constituição de 1988.

Cabe ao Ministério da Saúde a proposição, acompanhamento e execução de política de gestão do trabalho e de regulação profissional, de negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores e o incentivo à estruturação de uma política de gestão do trabalho na esfera estadual e municipal, envolvendo o setor público e privado que compõem o SUS.

Estas ações serão realizadas em um processo de discussão e pactuação entre os gestores do SUS, trabalhadores da saúde e suas entidades representativas e sindicatos, por meio da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e a Câmara de Regulação.

A educação técnica, de graduação e pós-graduação, em saúde, geralmente, não está voltada para as necessidades de saúde da população e de organização do SUS. O enfoque é, geralmente, biologicista, centrado no procedimento e hospitalocêntrico. Não existe um processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde e o incentivo ao trabalho e à educação em equipe. Não há o entendimento de que todos os serviços de saúde, e não só os hospitais universitários, são e devem ser locais de ensino. Geralmente o SUS acaba tendo de suprir as deficiências da formação formal com capacitações como das equipes de saúde da família.

Cabe ao Ministério da Saúde a proposição e formulação da Política de Educação Permanente em Saúde, levando em conta a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento e a recomposição das práticas de atenção, gestão, ensino e

controle social no setor da saúde. "Aprendizagem no trabalho: Aprender e ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e do trabalho."

O avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de formar milhares de profissionais para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão, a expansão da saúde da família deixou evidentes as limitações do perfil atual de formação, como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS, sobretudo no domínio da clínica na atenção básica, no trabalho em equipes transdisciplinares e nas ações intersetoriais para garantir o exercício da atenção integral à saúde, resolutiva e de qualidade.

Para a implantação da Política de Educação Permanente é constituído o Pólo de Educação Permanente em Saúde, articulação interinstitucional, em um território, entre gestor estadual, gestores municipais do SUS, as universidades e instituições de ensino, escolas técnicas, centros formadores, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva, hospitais universitários, entidades profissionais, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, movimento estudantil e movimento social que trabalha com saúde, fortalecendo seus compromissos com o SUS.

Os Pólos devem trabalhar com a educação permanente das equipes de saúde e dos agentes sociais da saúde, com o objetivo de humanizar e qualificar a atenção. Devem ser prioridades: as equipes que atuam na atenção básica que envolverá a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão, trabalhando os elementos que conferem à saúde da família forte capacidade de impacto sobre a atenção à saúde: vínculo, responsabilização, integralidade da atenção, clínica ampliada, conhecimento sobre a realidade, trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e trabalho intersetorial; à área de urgência e de emergências clínicas e traumáticas, de atenção e internação domiciliar, de atenção ao pré-natal e ao parto, de reabilitação psicossocial; à formação relativa aos principais problemas de saúde referentes ao perfil epidemiológico e demográfico da população de cada local; à formação de agentes sociais.

As mudanças voltadas para as necessidades de saúde da população e de organização do SUS no ensino de pós-graduação, graduação e educação técnica serão incentivadas pela articulação e inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde, pela implantação das diretrizes curriculares e pela inserção das instituições formadoras nos Pólos.

Outras duas ações estratégicas são a formação de formadores e a formação de formuladores de políticas. Um processo de formação dos formadores, que utiliza basicamente os recursos da educação à distância e possibilita ampliar radicalmente o contingente de profissionais preparados. E a formação de quadros profissionais capazes de conduzir estrategicamente os processos de mudança na formação e nas práticas de saúde.

Diretrizes

- A gestão do trabalho e da educação na saúde é uma das prioridades do SUS neste Governo;
- Criação e implementação de estruturas de gestão do trabalho e da educação na saúde do SUS nos estados e municípios e de Escolas Técnicas do SUS e de Escolas de Saúde Pública;
- Implementação de uma Política de Desprecarização do Trabalho em Saúde, onde os vínculos trabalhistas e previdenciários não são respeitados;
- Plano de Carreira, cargos e salários do SUS, o trabalho no SUS passe a ser encarado como Carreira de Estado;
- Desenvolvimento de ações e criação de instrumentos que visem à humanização das condições e das relações de trabalho e entre profissionais

e usuários;

• Implantação de Mesas Nacional, Estaduais e Municipais Permanentes de Negociação do SUS ligadas aos respectivos Conselhos de Saúde;

• Regulação das profissões subordinadas às necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS;

• Implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, com o objetivo de discutir e implementar projetos de mudança do ensino formal e da educação permanente dos trabalhadores de saúde, agentes sociais da saúde e gestores;

• Incentivo à mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atenda às necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS;

• Abertura de cursos na área de saúde subordinada à necessidade de profissionais e de especialistas de acordo com as características regionais, sociais, econômicas, epidemiológicas, demográficas e com as novas orientações para a organização da atenção à saúde;

• Implantação de residências integradas em saúde, serviço civil profissional e estágio de vivência no SUS;

• Incentivo aos processos de educação popular dos movimentos sociais, da participação e do controle social na Saúde.

Eixo Temático VIII – CIÊNCIA E TECNOLOGIA E A SAÚDE

Introdução

A partir do início dos anos 50, em particular nas últimas três décadas, o Brasil logrou construir um parque de pesquisa muito expressivo em termos comparativos com os países de industrialização mais recente. O modo como foi construído acompanhou, em vários aspectos, o modelo de industrialização brasileiro em sua etapa de substituição de importações. Algumas de suas características básicas atuais – horizontalidade, baixa capacidade de indução e imaturidade do componente tecnológico – estão muito vinculadas aos padrões daquele modelo.

O esforço realizado pelo Brasil no terreno da pesquisa em saúde é admirável. No plano histórico, ela é a mais antiga e a que acumula as maiores contribuições em nível mundial. Hoje em dia, em termos setoriais, é a que detém o maior número de pesquisadores, linhas e grupos de pesquisa ativos.

Apesar de evoluir desde os anos 50, as prioridades de pesquisa ainda não estão em consonância com a resolução final da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, ocorrida em 1994, que estabeleceu que "a política de pesquisa em saúde é um componente da Política Nacional de Saúde".

É indispensável modificar este panorama e o momento atual é altamente estimulante a fazê-lo. Existe um governo novo no tempo e nas idéias, comprometido com o aprofundamento da Reforma Sanitária e com a missão de incorporar a questão da pesquisa em saúde na agenda desta Reforma. Trata-se, portanto, de colocar a pesquisa em saúde em outro patamar político, orçamentário e financeiro, a partir de uma política pública explícita.

Esse processo começou durante a transição governamental, com a decisão de criar a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde, incorporando a área de ciência e tecnologia, assistência farmacêutica e economia da saúde.

Em julho de 2003, foi instituído o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde, cuja missão principal é promover maior convergência entre as necessidades de saúde da população, expressas na Política Nacional de Saúde, e as produções científicas, tecnológicas e a inovação realizada nas universidades, institutos de pesquisa e empresas. Nessa perspectiva, iniciou-se o processo de construção da política de ciência e tecnologia em saúde e da agenda de prioridades de pesquisa em saúde. Ambas visam ao aumento da eqüidade e ao fortalecimento dos padrões éticos das ações de ciência e tecnologia em saúde.

A Política de Ciência e Tecnologia em Saúde implica analisar o esforço nacional de ciência e tecnologia como um componente setorial do sistema de inovação brasileiro. Essa política deve dar conta das dimensões da cadeia do conhecimento e dos atores envolvidos na pesquisa em saúde em função da complexidade dos processos de produção de conhecimento científico e tecnológico neste setor.

Obstáculos e desafios

Uma agenda de pesquisa prioritária, para ser bem-sucedida, deve decorrer do consenso político e técnico entre os múltiplos atores que operam a pesquisa em saúde. Da mesma forma, no atual momento de aceleração da revolução científica, necessita-se contemplar a crescente intersetorialidade do panorama sanitário. Nela devem, portanto, ser considerados aspectos tão díspares e relevantes quanto as doenças e os agravos, os fatores de risco, os impactos ambientais e laborais no desgaste da saúde humana, o aspecto epidemiológico e demográfico, o complexo produtivo da saúde (medicamentos, vacinas, hemoderivados, equipamentos), entre outros.

Há de se considerar também, a necessidade de se aprofundar os mecanismos de cooperação e coordenação intragovernamental, cuja debilidade tem sido um fator de perda da eficiência das ações no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde. No plano federal, adquirem especial relevo às relações com o Ministério da Ciência e Tecnologia e o fortalecimento dos laços com os estados e municípios.

No que diz respeito ao processo de inovação tecnológica em saúde, este se constitui em problema relevante para os países, pelas pressões que exercem sobre o sistema de saúde relacionadas com o aumento dos custos, formação e capacitação de recursos humanos, atualização de instrumentos de regulação e investimentos em infra-estrutura. A incorporação acrítica e o uso inadequado das tecnologias implicam riscos aos usuários, assim como comprometem a efetividade do sistema de saúde.

Diretrizes

- Fomento a pesquisas científicas, tecnológicas e à inovação em saúde, visando ao aumento da eqüidade no cuidado à saúde da população;
- Definição, desenvolvimento e implementação de padrões elevados de ética na pesquisa, na perspectiva da segurança e dignidade dos sujeitos da pesquisa;
- Apoio ao desenvolvimento tecnológico do complexo produtivo de saúde, visando à diminuição da dependência nacional no campo tecnológico e produtivo, bem como a garantia de maior auto-suficiência nos itens definidos como estratégicos para o País;
- Participação na elaboração, implementação e acompanhamento da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde em âmbito nacional;
- Avaliação tecnológica visando à incorporação crítica de produtos e processos, por gestores, prestadores e profissionais dos serviços no âmbito do SUS, com melhor relação custo/efetividade;

• Avaliação, incorporação e utilização dos avanços biotecnológicos no setor saúde, com ênfase na análise, gerenciamento e monitoramento de biossegurança, assim como as implicações e repercussões no campo da bioética e da ética em pesquisa;
• Fortalecimento das instituições de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S), tendo como principais eixos de atuação a capacitação de recursos humanos, implementação de infra-estrutura e disseminação de informações em C&T/S;
• Aprimoramento do sistema de revisão e aprovação ética das pesquisas envolvendo seres humanos.

Eixo Temático IX – O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Introdução

A implementação do SUS constitui uma trajetória de grande significado para o redirecionamento das políticas sociais no Brasil. Ao privilegiar os princípios e diretrizes já descritos anteriormente, como a universalidade, a eqüidade, a descentralização e a gestão participativa, passamos a trabalhar a política de saúde a partir de novos marcos, em que a garantia de direitos sociais é um eixo essencial. Isto está refletido no conjunto de prioridades definidas por todos os debates realizados desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde e mesmo antes, nos processos de mudança que embasaram a criação do SUS.

Neste período, a temática do financiamento sempre esteve presente como um elemento desafiante. A motivação é óbvia: "não se faz nada sem recursos!"

O sistema de saúde brasileiro, pela grandeza do País e pelas diversas reformas por que passou, desde a sua etapa previdenciária até a atual em que o direito é universal, conforma uma necessidade crescente de recursos, ao mesmo tempo em que fica clara a perspectiva do SUS em racionalizar estes recursos, ao propor uma hierarquização e regionalização no atendimento (níveis de atenção e sistemas de referência e contra-referência), a divisão de responsabilidades entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) e a mudança dos modelos de atenção (prioridade para a organização da atenção básica articulada aos demais níveis).

Todas estas propostas só podem ser viabilizadas com um forte modelo de financiamento, expresso em leis que garantam o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis; flexível, para oferecer agilidade no uso dos recursos; ao mesmo tempo em que tenha sistemas voltados para a sua transparência, garantindo o controle social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação.

Essas premissas, apesar de simples, transformaram-se num processo de luta permanente do movimento sanitário e de todos os setores da sociedade que defendem o SUS. Passamos de um modelo de financiamento com base nas contribuições previdenciárias (Inamps), para outro com a característica de participação de todos os entes da Federação, em que cada um tem definidas suas fontes de recursos para a saúde:

Principais Fontes de Receita para o gasto em saúde da União:
• Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)
• Contribuição para financiamento da Seguridade Social (COFINS)
• Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL)

- Recursos Ordinários
- Recursos diretamente arrecadados

Principais Fontes de Receita para o gasto em saúde dos estados:
Impostos:
- Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)
- Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)
- Imposto sobre herança (ITCMD)

Transferências da União:
- Fundo de Participação dos Estados (FPE)
- Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)
- Imposto sobre Produtos Industriais/Exportação (IPI)
- Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)

Principais Fontes de Receita para o gasto em saúde dos municípios:
Impostos Municipais:
- Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU)
- Imposto de Transferência de Bens Intervivos (ITBI)
- Imposto sobre Serviços (ISS)

Transferências da União:
- Fundo de Participação dos Municípios (FPM)
- Cota-Parte do Imposto Territorial Rural (ITR)
- IRRF
- Lei Complementar nº 87/96

Transferências do estado:
- Cota-Parte do ICMS
- Cota-Parte do IPI-Exportação
- Cota-Parte do IPVA

A obrigatoriedade das contrapartidas de cada esfera e a manutenção das fontes de forma estável esteve em compasso de espera até o ano de 2000, quando foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29), após amplo processo de luta iniciado com a tramitação da PEC nº 169, apoiado por amplos setores do movimento social. O novo texto assegura a efetiva co-participação da União, estados e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde, visando a atingir percentuais de 12% das receitas para a saúde no caso dos estados e 15% no caso de municípios.

A emenda é auto-aplicável. Suas exigências e efeitos são imediatos. Além de definir os limites mínimos de aplicação em saúde, define regras de adequação para o período de 2000 a 2004. A partir daí, os cálculos dos limites, os critérios de rateio dos recursos, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde e as normas de cálculo dos montantes a serem aplicados pela União, estados e municípios serão

definidos por meio de Lei Complementar que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos. Na hipótese da não-edição desta lei, permanecerão válidos os critérios estabelecidos na própria Emenda Constitucional.

Os estados, o Distrito Federal e os municípios que não cumprirem os limites mínimos estabelecidos pela Constituição Federal estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que vão desde retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FEP) e dos Municípios (FPM), até a intervenção da União, bem como a cassação de mandatos.

Os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados obrigatoriamente por meio dos Fundos de Saúde, sendo acompanhados na sua destinação e utilização pelos respectivos Conselhos de Saúde, tanto da União quanto dos estados, Distrito Federal e municípios, garantindo a participação da comunidade no controle. Estas garantias já estavam definidas desde a Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

Obstáculos e Desafios

Parte desse aparato encontra-se em discussão com as tentativas de regulamentação da EC nº 29 e no bojo da Reforma Tributária em curso. Certamente o dinamismo deste processo deverá trazer mudanças, pois a desvinculação de receitas tem sido uma temática permanente da pauta de governadores com o Governo Federal. Por outro lado, consideramos que a vinculação traz maior segurança em relação ao volume de recursos para o setor (algo como um seguro contra a instabilidade excessiva, verificada nos anos 90) e compromete as três esferas de governo no financiamento da saúde.

Existem alguns pontos em debate com efeitos diretos para a saúde por tratarem de impostos diretamente vinculados a estas receitas previstas para a saúde:

CPMF – Introdução, de forma definitiva, da contribuição sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos, que atualmente tem caráter provisório. Fixada em 0,38%, a alíquota terá possibilidade de redução gradativa até 0,08%, assim que sejam estipuladas fontes alternativas de arrecadação. Ao final, ela poderá ser preservada como instrumento de controle fiscal.

COFINS – A atual contribuição sobre receita ou faturamento poderá ser cumulativa para alguns setores econômicos, que serão definidos por lei. Propõe-se que seja cobrada sobre importações e desonerada sobre exportações.

ICMS – A legislação será unificada. A medida visa a impedir a guerra fiscal entre os estados e sua cobrança será regulamentada, posteriormente, para ser realizada na origem da produção. A menor alíquota será destinada aos gêneros alimentícios de primeira necessidade, que serão definidos em lei complementar.

DRU – A desvinculação de 20% das receitas de impostos e contribuições da União seria renovada até 2007. No caso dos estados, está em debate a desvinculação das receitas também neste nível.

Renda Mínima – Estará previsto na Constituição que o Governo Federal instituirá um programa de renda mínima em convênio com os estados, com o Distrito Federal e com os municípios destinado a garantir a subsistência das famílias de baixa renda.

Todas estas propostas podem ter efeito drástico sobre os recursos estáveis para o setor, nossas conquistas parciais neste campo do financiamento estão na berlinda e acompanhadas de fortes movimentos de pressão. Portanto, cabe neste momento a reafirmação de princípios e ao mesmo tempo a discussão sobre os resultados obtidos ao longo dos anos com a implantação do SUS. É sempre importante lembrar que esta política com todas as dificuldades de aporte de recursos foi, na contramão das orientações neoliberais, uma política inclusiva e obteve resultados efetivos, medidos por índices como o IDH, mortalidade infantil, redução da incidência de Aids, etc.

Não podemos construir um olhar sobre o SUS de forma isolada do conjunto da política social e econômica, do mesmo modo precisamos tratar o SUS como uma política estruturante dentro dos marcos dos direitos sociais, sendo para isso fundamental que se observe sua sustentabilidade. Sabemos que os recursos escassos da saúde ainda permanecerão aquém das necessidades, pois estas são sempre crescentes, porém, os investimentos, a manutenção da rede assistencial, o aporte de medicamentos e insumos estratégicos, as ações de vigilância, a educação em saúde entre tantas outras são ações que para sua efetividade precisam ter recursos estáveis e estar associadas a um processo de planejamento estratégico que defina prioridades e racionalidade nos orçamentos que viabilizam sua execução. As despesas públicas com assistência médica mostram uma tendência favorável à expansão dos cuidados básicos e ambulatoriais, embora uma parcela significativa do incremento de gasto se deva ao deslocamento dos procedimentos de alta complexidade e alto custo de hospitais para serviços ambulatoriais, não evidenciando um aumento significativo em investimento e em custeio para o setor.

A busca da eqüidade é tímida, persistindo a concentração de recursos no Sul e Sudeste, embora seja proposta a interiorização de pessoal de saúde com base na estratégia da família e nas articulações do Ministério da Saúde com Secretarias de Saúde e Universidades.

Por outro lado, os dados nacionais e regionais de cobertura e acesso das pessoas aos serviços de saúde não permitem evidenciar o cumprimento dos preceitos constitucionais de universalidade e eqüidade. Quando se tenta avaliar a qualidade e a resolubilidade dos serviços, essa distância aumenta.

Diretrizes

- Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, conforme ficou consubstanciado na Resolução CNS nº 322/03;
- Ação vigorosa na defesa da retomada do desenvolvimento socioeconômico e da elevação da atual porcentagem do PIB destinada à saúde, incrementando, principalmente, a participação do orçamento público no financiamento do setor saúde;
- Definição da busca de eqüidade na alocação de recursos como diretriz essencial para a redução das desigualdades regionais existentes;
- Prosseguir com a discussão nos Conselhos de Saúde, visando à determinação de parâmetros para a elaboração de planilha de itens orçamentários, com a finalidade de proporcionar a indispensável visibilidade, sem superposições, dos seguintes conjuntos de itens: (i) custeio; (ii) investimentos; (iii) atenção básica; (iv) média complexidade; e (v) alta complexidade;
- Incremento das ações de controle e avaliação do sistema de saúde com vistas a eliminar as perdas decorrentes da má utilização dos recursos;
- Reversão da atual forma de gastos com investimentos, baseada em convênios e emendas parlamentares, para um padrão de investimentos sustentado em planos diretores discutidos nos conselhos de saúde.

Eixo Temático X – INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Introdução

No cenário mundial e no Brasil as políticas e estratégias setoriais de comunicação e informação encontram-se no eixo central das possibilidades de geração de novos processos e produtos e de mudanças nos modelos institucionais de gestão. A 11ª Conferência Nacional de Saúde reafirmou que a comunicação, a educação e a informação são componentes essenciais para se alcançar eqüidade, qualidade e humanização dos serviços de saúde e fortalecer o controle social no âmbito do SUS. Suas deliberações indicam a necessidade de identificação, aprimoramento e formação de redes de informação e comunicação entre sociedade e governos.

Os sistemas de informação em saúde brasileiros tiveram um crescimento acelerado nos últimos anos, especialmente com a implementação do SUS. O trabalho coletivo de construção do Sistema de Informação do SUS, esforço da União, estados e municípios ao longo de 25 anos tem reconhecimento nacional e internacional pelo que já tem produzido de concreto. Experiências inovadoras implementadas nos estados e municípios ou mesmo no caso da iniciativa federal, do Cartão Nacional de Saúde, despertam muito interesse e vêm sendo estimuladas. Mesmo assim, tais experiências ainda são insuficientes para responder às disposições da legislação atual e às crescentes demandas de gestores, trabalhadores e, particularmente, à rede de controle social.

Além disso, ao atender a demandas crescentes de organismos centrais da gestão do SUS, os sistemas de informação passaram a consumir parte importante da força de trabalho em saúde, sem a conseqüente melhora da operação nos serviços de saúde. Na maioria das vezes a captura do dado é manual, implicando re-trabalho devido aos múltiplos instrumentos de coleta e à falta de informatização do sistema. Esses múltiplos sistemas carecem de integração e de padronização para representar e compartilhar a informação em saúde.

Nesse cenário, embora seja reconhecida a importância da informação para o planejamento, o acompanhamento, o controle, a avaliação e a qualificação do sistema de saúde, ainda é pequena a contribuição que essa área vem prestando aos conselheiros de saúde, aos gestores, aos trabalhadores e à população usuária do SUS, seja na formulação de políticas ou mesmo no seu acompanhamento e avaliação. A tecnologia de informática, mais do que o potencial da informação em saúde, ainda vem sendo o eixo norteador das iniciativas desenvolvidas.

O Ministério da Saúde está conduzindo a construção de uma Política de Informação e Informática em Saúde do SUS que integre os sistemas de informação e a infra-estrutura de informática e comunicação e oriente o processo de informatização dos serviços de saúde dirigidos a indivíduos e coletividades, informações de maior confiabilidade e uso para a gestão, prestação de serviços, geração de conhecimentos, controle social e articulação intersetorial (educação, trabalho, ambiente, seguridade social, etc.).

Além de instituir progressivamente um sistema e uma rede de âmbito nacional, integrando recursos e iniciativas das três esferas de governo, essa política deverá estimular a expansão das iniciativas bem-sucedidas na área de informação e informática para todo o território nacional. Assim, projetos como uma biblioteca de *softwares* para as três esferas de governo, uma rede nacional de centros colaboradores, a revisão e integração dos atuais sistemas de informação e diversas iniciativas para regular o mercado de tecnologias de informação para o sistema de saúde deverão ter forte impacto sobre o atual cenário de informação e informática do SUS, ampliando a competência brasileira na área de produção de *softwares* e desenvolvendo uma política de capacitação de recursos humanos para a operação e desenvolvimento de aplicações.

A sociedade brasileira e diferentes segmentos que atuam no setor da saúde, em particular, apresentam crescentes demandas de informação e comunicação. Em meio ao excesso de informação presente nos dias atuais, em que nem tudo é relevante, novos papéis estão colocados para as instâncias mediadoras tradicionais. Além de produzir a informação que é de interesse comum, o novo mediador tem o papel de escolher, selecionar e redirecionar informações conforme necessidades coletivas concretas, de possibilitar o acesso e levar em consideração o conhecimento produzido por seus interlocutores, não reduzindo a política nesses campos ao acesso ao conhecimento técnico-científico. Cada vez fica mais claro que a população não quer apenas informações, ela quer se comunicar. A população não quer a informação substituindo as ações e os serviços de saúde, obrigando-a a assumir, individualmente, a responsabilidade por sua situação de saúde.

Obstáculos e Desafios

A saúde demanda e deve orientar-se por uma política que incorpore o saber popular no seu processo de planejamento e gestão das atividades de informação e comunicação. A sociedade brasileira e suas representações em âmbito nacional, regional e local, com suas particularidades é, portanto, o ponto de partida dos processos de interlocução institucional. Isso significa reforçar o potencial estruturante da informação e da comunicação e de suas tecnologias, aliado à exploração da sua capacidade de indução para a construção de uma democracia cidadã, saudável e solidária.

Superar o quadro das desigualdades de acesso às ferramentas da comunicação é uma tarefa urgente, o que exigirá firme presença do Estado brasileiro. Mas também é preciso ir além e superar a visão que reduz a comunicação às suas tecnologias. Comunicação envolve de informação e discursos que concorrem para construção e transformação de sentidos sociais a partir do uso de meios e tecnologias – imprensa escrita, rádio, televisão, Internet –, mas não se reduz a nenhum deles. Envolve interlocução, busca do diálogo, outros processos sociais e culturais, como o da educação, da popularização da ciência e o da promoção à saúde, compartilhados e mediados pelos meios de comunicação, mas não determinados apenas por eles. Envolve o reconhecimento da pluralidade, do dissenso, dos conflitos, inerentes à democracia.

Para dar conseqüência à informação como instrumento do fortalecimento do SUS, é necessário estabelecer mecanismos de acesso à informação em saúde considerando os princípios de privacidade, confidencialidade, responsabilidade, usos recomendados da informação e mecanismos de escolha de tecnologias.

Vários desafios estão colocados e um dos principais é a adequação da informação produzida ao processo de descentralização e gestão participativa, integrando conceitualmente e/ou operacionalmente a informação gerada pelos sistemas de informação em saúde.

Ao lado disso, é necessário desenvolver uma política e processos de capacitação para uso da informação no processo de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, o que significa produzir informação para os usos necessários no SUS.

Ainda no papel de subsidiar o planejamento, a avaliação e o controle social em saúde, devemos desenvolver processos, estudos e pesquisas para estabelecer parâmetros de custo e gerar conhecimento necessário para a produção de informações que o SUS necessita. E neste processo, estabelecer de modo contínuo e permanente a qualificação de indicadores para avaliação da gestão no SUS, de modo participativo.

Diretrizes

• Criação da Rede Pública e Nacional de Comunicação de acordo com a recomendação da 11ª Conferência Nacional de Saúde, entendendo a Rede como materialização de uma política de comunicação ampla, plural, horizontal e descentralizada;
• Ampliação da capacidade de formulação de políticas e desenvolvimento de estratégias de comunicação no campo da saúde pública visando a aperfeiçoar o controle social, identificar e atender às demandas e expectativas sociais;
• Promoção do diálogo entre a comunidade científica e a sociedade, por mecanismos de articulação para a democratização, a compreensão crítica e a participação pública em questões relacionadas à ciência, à tecnologia e à saúde;
• .Implementação do registro eletrônico essencial do evento em saúde, com implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo o território nacional, como sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;
• Estabelecimento de padrões para representação e compartilhamento das informações em saúde com garantia jurídica de privacidade e confidencialidade da informação individual identificada;
• Estabelecimento de padrão de Infra-estrutura de tecnologia da informação (microcomputadores, *softwares*, redes e outros insumos) – com ênfase para o *software* livre e padrões abertos e não-proprietários;
• Integração e articulação da informação e dos sistemas de informação, apoio à prática profissional em saúde e produção e disseminação da informação, segundo necessidades de usuários, profissionais, gestores, instituições ensino e pesquisa e controle social.

DECRETO PRESIDENCIAL DE CONVOCAÇÃO DA 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

DECRETO DE 5 DE MAIO DE 2003

Convoca a 12ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 10, § 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990,

DECRETA :

Art. 1º Fica convocada a 12ª Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se de 7 a 11 de dezembro de 2003, em Brasília, sob a coordenação do Ministério da Saúde.

Art. 2º A 12ª Conferência Nacional de Saúde desenvolverá seus trabalhos sob o tema "Saúde: um direito de todos e um dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos". (Redação dada pelo Decreto de 10 de julho de 2003).

Art. 3º A 12ª Conferência Nacional de Saúde será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência ou impedimento eventual, pelo Secretário-Executivo daquele Ministério.

Art. 4º O Ministro de Estado da Saúde expedirá, mediante portaria, o regimento interno da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a ser elaborado por comissão, que para este fim designará.

Art. 5º As despesas com a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde correrão por conta dos recursos orçamentários próprios do Ministério da Saúde.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Ficam revogados os Decretos de 28 de julho e 9 de agosto de 2000, que dispõem sobre a convocação da 11ª Conferência Nacional de Saúde.

Brasília, 5 de maio de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Humberto Sérgio Costa Lima

REGIMENTO – 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

APROVADO EM 5 DE JUNHO DE 2003 E REVISADO EM 6 DE AGOSTO DE 2003, PELO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

CAPÍTULO I
DO OBJETIVO

Art. 1º A 12ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto Presidencial de 5 de maio de 2003, terá por objetivo propor diretrizes para efetivar a saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

CAPÍTULO II
DA REALIZAÇÃO

Art. 2º A realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde ocorrerá em etapas, no âmbito municipal, estadual e nacional, nas quais será debatido o temário proposto para a etapa nacional.

§ 1º Os estados e municípios que já realizaram suas Conferências de Saúde nos doze meses anteriores à data da publicação deste Regimento devem realizar plenárias como etapas complementares específicas, com os seguintes objetivos:
I – discutir o temário da 12ª Conferência Nacional de Saúde; e
II – eleger os delegados para as etapas subseqüentes.
§ 2º Como cumprimento da etapa municipal da 12ª Conferência Nacional de Saúde, os relatórios das Conferências Municipais de Saúde devem ser encaminhados às Comissões Organizadoras das Conferências Estaduais, contendo as questões referentes às competências e responsabilidades da Gestão Estadual e Federal do SUS, assim como as questões que devem ser encaminhadas pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e pelo Conselho Estadual de Saúde.
§ 3º Como cumprimento da etapa estadual da 12ª Conferência Nacional de Saúde, os relatórios das Conferências Estaduais de Saúde devem ser encaminhados à Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde, contendo as questões referentes às competências e responsabilidades da Gestão Federal do SUS, assim como, das questões que devem ser encaminhadas no nível da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 3º A abrangência da 12ª Conferência Nacional de Saúde é nacional, assim como suas análises, formulações e proposições.

Art. 4º Todos os delegados, cujo número e distribuição estão previstos nos anexos deste Regimento, e convidados presentes à 12ª Conferência Nacional de Saúde, devem reconhecer a precedência das questões de âmbito nacional e atuar sobre elas, em caráter analisador, formulador e propositivo.

Art. 5º As etapas da 12ª Conferência Nacional de Saúde serão realizadas nos seguintes períodos:

I – Etapa Municipal – até 30 de setembro de 2003;
II – Etapa Estadual – até 31 de outubro de 2003; e
III – Etapa Nacional – de 7 a 11 de dezembro de 2003.
§ 1° O não cumprimento dos prazos das etapas previstas nos incisos I e II em todas as unidades federadas não constituirá impedimento à realização da Etapa Nacional no prazo previsto.
§ 2º Em todas as etapas, deverá ser assegurada a ampla participação dos segmentos sociais que atuam na área da saúde.
§ 3° A 12ª Conferência Nacional de Saúde será realizada em Brasília, DF, sob os auspícios do Ministério da Saúde.
§ 4° Os estados que, por motivo de força maior, não realizarem as conferências estaduais até a data prevista no inciso II deste artigo, deverão encaminhar justificativas à Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a qual avaliará sua pertinência.

CAPÍTULO III

SEÇÃO I
DO TEMÁRIO

Art. 6º Nos termos deste Regimento, a 12ª Conferência Nacional de Saúde terá como tema: "SAÚDE: UM DIREITO DE TODOS E UM DEVER DO ESTADO – A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS", que será discutido a partir dos seguintes eixos temáticos, contemplando-se em cada eixo o controle social:

I – Direito à Saúde;
II – A Seguridade Social e a Saúde;
III – A Intersetorialidade das Ações de Saúde;
IV – As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS;
V – A Organização da Atenção à Saúde;
VI – Controle Social e Gestão Participativa;
VII – O Trabalho na Saúde;
VIII – Ciência e Tecnologia e a Saúde;
IX – O Financiamento da Saúde; e
X – Informação e Comunicação em Saúde.

Parágrafo único. Cada eixo temático será discutido em uma mesa-redonda.

Art. 7º Os termos de referência de cada mesa-redonda observarão, obrigatoriamente, o tema central e os eixos temáticos e deverão ter em comum a análise dos seguintes aspectos:

I – Histórico;
II – Posições dos diferentes segmentos sociais;
III – Deliberações das Conferências Nacionais e do Conselho Nacional de Saúde;

IV – Conjuntura, considerando o programa e as propostas do atual Governo;
V – Informações técnicas e políticas;
VI – Atribuições e competências das três esferas de Governo, destacando-se as da esfera federal;
VII – Apresentação de propostas de diretrizes; e
VIII – Medidas para Participação e Controle Social.

Art. 8º Com o objetivo de propiciar a participação ampla e democrática de todos os segmentos representados na Conferência e a obtenção de um Relatório Final que possa servir de orientação para o SUS nos anos subseqüentes, as mesas-redondas serão seguidas de trabalhos de grupos.

SEÇÃO II
DA METODOLOGIA
PARA A ELABORAÇÃO DOS RELATÓRIOS

Art. 9º No que diz respeito ao processo de elaboração do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, fica estabelecido que os relatórios das Conferências Municipais de Saúde devem ser elaborados a partir da identificação dos problemas e propostas referentes ao tema central e eixos temáticos da 12ª Conferência Nacional de Saúde, cujos determinantes, responsabilidade e competência são da esfera de gestão estadual e federal do SUS.

Parágrafo único. É recomendável que os relatórios das Conferências Municipais de Saúde sejam encaminhados às Comissões Relatoras das Conferências Estaduais de Saúde para consolidação, até 20 (vinte) dias antes da respectiva etapa estadual.

Art. 10. As Comissões Coordenadoras das etapas Estaduais da 12ª Conferência Nacional de Saúde devem consolidar os relatórios municipais em um relatório estadual, a ser encaminhado à etapa nacional da 12ª Conferência, no prazo de até 20 (vinte) dias antes da sua realização, com os objetivos de:

I – fundamentar o debate;
II – orientar o conjunto de propostas para a esfera estadual; e
III – extrair as questões pertinentes à esfera federal do SUS.

§ 1º Os relatórios das Conferências Estaduais de Saúde devem ser apresentados em versão resumida de no mínimo 20 (vinte) laudas, em espaço 2 (dois) e devem ser encaminhados à Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde.
§ 2º Os relatórios das etapas Estaduais da 12ª Conferência Nacional de Saúde devem ser encaminhados:
I – em formato impresso, pelo correio, para o Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa, Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 4° andar, Brasília, DF, CEP 70.058-900; e
II – em formato eletrônico, com sistema de senha por meio da página eletrônica da 12ª Conferência Nacional de Saúde – www.12conferencia.saude.gov.br

Art. 11. A Comissão Organizadora e a Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde receberão os relatórios da etapa estadual,

consolidando-os de acordo com o temário da 12ª Conferência Nacional de Saúde, observando-se, no mínimo, os aspectos definidos no art. 7º deste Regimento.

Art. 12. As discussões dos grupos durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde devem fundamentar-se no consolidado dos Relatórios das etapas estaduais da 12ª Conferência Nacional de Saúde, subsidiados pelos debates das mesas realizadas durante a 12ª Conferência e pelos seguintes documentos:

I – Documento do Ministério da Saúde "Diretrizes para a Política de Saúde do Brasil, para o período de 2003 a 2007"; e
II – Texto do Conselho Nacional de Saúde "O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes".
III – Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde

§ 1º As propostas discutidas nos grupos deverão ter a aprovação de, pelo menos, 20% (vinte por cento) dos seus membros para comporem o relatório do grupo.
§ 2º Os trabalhos em grupo contarão com coordenadores e relatores que serão escolhidos pelo próprio grupo.
§ 3º Será constituída uma equipe de relatores de síntese, cuja composição será apresentada pelo Relator Geral da Comissão Executiva e aprovada pela Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde.
§ 4º Os relatores de síntese têm como responsabilidade a elaboração de relatórios parciais e a consolidação do relatório de cada tema, para a aprovação pela Plenária da 12ª Conferência Nacional de Saúde.
§ 5° Após a fase prevista no § 4°, a equipe de relatoria de síntese, coordenada pelo Relator Geral e pelo Relator Adjunto, elaborará a redação final do Relatório de mérito/conteúdo, que deverá ser aprovado pela Plenária da 12ª Conferência Nacional de Saúde.
§ 6º As questões divergentes contidas nos relatórios de grupos deverão ser contempladas no relatório síntese e encaminhadas à plenária final, onde serão objeto de votação.
§ 7° Mantendo-se a proporcionalidade da representação, cerca de 75 a 100 grupos, compostos por 30 a 40 participantes, discutirão os eixos temáticos.
§ 8° Compete à plenária final a aprovação do Relatório Final e das moções apresentadas pelos delegados, segundo o regulamento.
§ 9º A redação do Relatório Final, elaborada pelo Relator Geral e Adjunto da Comissão Executiva, será submetida ao Conselho Nacional de Saúde, respeitando-se a aprovação de mérito/conteúdo da Plenária Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde.
§ 10. A Comissão Executiva disponibilizará uma pessoa de apoio para cada grupo, junto ao Coordenador e Relator.

Art. 13. Nos trabalhos dos grupos, recomenda-se tratar prioritariamente os temas definidos a partir deste Regimento.

CAPÍTULO IV
DA ORGANIZAÇÃO

Art. 14. A 12ª Conferência Nacional de Saúde será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência ou impedimento eventual, pelo Secretário Executivo do Ministério da Saúde, conforme estabelecido em Decreto Presidencial de 5 de maio de 2003.

Art. 15. Para a organização e desenvolvimento de suas atividades, a 12ª Conferência Nacional de Saúde contará com uma Comissão Organizadora.

SEÇÃO I
ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Art. 16. A Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde é o Conselho Nacional de Saúde, que para este fim constituirá as seguintes comissões especiais:

I – Comissão Especial Temática;
II – Comissão Especial de Comunicação;
III – Comissão Especial de Infra-Estrutura;
IV – Comissão Especial de Articulação e Mobilização;
V – Comissão Especial de Regimento e Regulamento; e
VI – Comissão Especial de Relatoria.

Parágrafo único. A Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde contará com uma Comissão Executiva, referendada pelo Conselho Nacional de Saúde e nomeada pelo Ministro de Estado da Saúde, a qual será composta pelos seguintes membros Titulares e Adjuntos:
I – Coordenador Geral;
II – Secretário Geral;
III – Relator Geral e:
IV – Secretário de Comunicação

SEÇÃO II
ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES

Art. 17. A Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde tem as seguintes atribuições:
I – Coordenar, supervisionar, dirigir e promover a realização da 12ª Conferência, atendendo aos aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros;
II – Deliberar sobre:
a) O tema central e eixos temáticos da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
b) A metodologia de elaboração do relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
c) As mesas centrais e complementares: temas, expositores e critérios de escolha para os expositores;
d) Os critérios para participação e a definição de convidados nacionais e internacionais;
e) As propostas de elaboração de termos de referência para o tema central e eixos temáticos, visando a orientar e subsidiar a apresentação dos expositores das mesas; e
f) O número de delegados da etapa nacional e sua distribuição por unidade federada, bem como o percentual de delegados de entidades nacionais.
III – Definir e acompanhar a disponibilidade e organização da infra-estrutura, inclusive orçamento para a etapa nacional;

IV – Designar os integrantes das Comissões Especiais, podendo ampliar a composição destas sempre que houver necessidade;
V – Deliberar sobre prestação de contas realizada pela Comissão Executiva;
VI – Encaminhar o Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde para a publicação; e
VII – Discutir e deliberar sobre todas as questões julgadas pertinentes sobre a 12° Conferência Nacional de Saúde e não previstas nos itens anteriores.

Art. 18. À Comissão Especial Temática cabe:
I – Propor o tema central e os eixos temáticos da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
II – Elaborar os termos de referência para o tema central e eixos temáticos, visando orientar e subsidiar a apresentação dos expositores das mesas;
III – Propor expositores para cada uma das mesas-redondas; e
IV – Elaborar a relação de subtemas e os roteiros para os trabalhos dos grupos.

Art. 19. À Comissão Especial de Comunicação cabe:

I – Definir instrumentos e mecanismos de divulgação da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
II – Promover a divulgação do Regimento da 12ª Conferência Nacional de Saúde; e
III – Orientar as atividades de Comunicação Social da Conferência.

Art. 20. À Comissão Especial de Infra-Estrutura cabe:
I – Propor condições de infra-estrutura necessárias à realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, referentes ao local, equipamentos e instalações, audiovisuais, de reprografia, comunicações, hospedagem, transporte, alimentação e outras; e
II – Avaliar, juntamente com a Comissão Executiva, a prestação de contas de todos os recursos destinados à realização da Conferência.

Art. 21. À Comissão Especial de Articulação e Mobilização, composta por Conselheiros do Conselho Nacional de Saúde e coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, cabe:
I – Estimular a organização e realização de Conferências de Saúde em todos os Municípios e Estados, como etapas importantes da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
II – Participar das etapas municipais e estaduais da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
III – Mobilizar e estimular a participação paritária dos usuários com relação ao conjunto dos delegados em todas as etapas da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
IV – Mobilizar e estimular a participação paritária dos trabalhadores de saúde, com relação a soma dos delegados gestores e prestadores de serviços de saúde;
V – Fortalecer e facilitar o intercâmbio Estado–Estado, visando a troca de experiências positivas no que concerne ao alcance dos temários das Conferências Estaduais e da 12ª Conferência Nacional de Saúde; e
VI – Estimular o encaminhamento dos relatórios das Conferências Estaduais de Saúde à Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em tempo hábil.

Art. 22. À Comissão Especial de Regimento e Regulamento cabe:
I – propor o Regimento e o Regulamento da 12ª Conferência Nacional de Saúde; e
II – acompanhar o seu cumprimento.

Art. 23. À Comissão Especial de Relatoria cabe:
I – Propor nomes para apoio aos grupos durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde;
II – Elaborar proposta de metodologia para consolidação dos relatórios dos grupos; e
III – Responsabilizar-se pela elaboração do consolidado dos grupos de trabalho.

Art. 24. A Comissão Executiva tem as seguintes atribuições:
I – Implementar e operar as deliberações da Comissão Organizadora;
II – Receber subsídios das Comissões Especiais para a 12ª Conferência Nacional de Saúde, após deliberação da Comissão Organizadora;
III – Subsidiar a Comissão Organizadora e suas Comissões Especiais;
IV – Articular a dinâmica de trabalho entre a Comissão Organizadora e o Ministério da Saúde;
V – Enviar orientações aos conselhos de saúde e entidades nacionais da sociedade, relacionadas às matérias aprovadas pela Comissão Organizadora;
VI – Estimular e apoiar as Conferências Municipais e Estaduais de Saúde nos seus aspectos preparatórios da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
VII – Encaminhar processos administrativos com prestação de contas à Comissão Organizadora;
VIII – Propor as mesas centrais e complementares, com seus respectivos temas, expositores e critérios de escolha para seus nomes;
IX – Obter junto aos expositores os textos de suas apresentações para fins de arquivo e divulgação;
X – Elaborar o orçamento e providenciar as suplementações necessárias, assim como propor a infra-estrutura da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
XI – Propor os critérios para participação de convidados nacionais e internacionais;
XII – Propor os termos de referência para o tema central e eixos temáticos, visando a orientar e subsidiar a apresentação dos expositores das mesas;
XIII – Propor metodologia de elaboração do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
XIV – Propor o número de delegados e sua distribuição por unidade federada, bem como o percentual de delegados destinados a entidades nacionais;
XV – Decidir sobre questões urgentes, *ad referendum* da Comissão Organizadora;
XVI – Convocar técnicos da Secretaria de Gestão Participativa (SGP), do Conselho Nacional de Saúde - Conferência Nacional de Saúde e outros órgãos do Ministério da Saúde (MS) para auxiliá-la, em caráter temporário ou permanente, no exercício das suas atribuições;
XVII – Providenciar a impressão e divulgação do Regimento e Regulamento da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
XVIII – Promover divulgação adequada da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
XIX – Articular-se, especialmente com a Assessoria de Comunicação do Gabinete do Ministério da Saúde, visando à elaboração de um plano geral de Comunicação Social da Conferência;
XX – Articular-se com todos os veículos de comunicação das entidades e instituições que compõem o Conselho Nacional de Saúde, visando a sua participação profissional nas atividades de Comunicação Social da 12ª Conferência Nacional de Saúde;

XXI – Propor a celebração de contratos e convênios necessários à realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
XXII – Auxiliar a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde na negociação de contratos e convênios;
XXIII – Propor, elaborar e realizar métodos de credenciamento dos delegados da etapa nacional e os controles necessários;
XXIV – Propor e organizar o apoio de Secretaria da Conferência;
XXV – Promover contato formal com a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados, com a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal e as instâncias afins do Ministério Público Federal, visando a informá-las do andamento da organização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, assim como divulgá-la perante estas instâncias;
XXVI – Monitorar o andamento das Conferências Estaduais de Saúde, por meio das suas coordenações, especialmente no que concerne ao recebimento de seus relatórios finais;
XXVII – Coordenar e realizar as atividades de Comunicação Social da Conferência; e
XXVIII – Providenciar os atos e encaminhamentos pertinentes ao fluxo dos gastos com as devidas previsões, cronogramas e planos de aplicação.

Parágrafo único. A Comissão Executiva contará com suporte técnico e administrativo do Ministério da Saúde para a realização das atividades necessárias ao desempenho de suas atribuições.

Art. 25. Ao Coordenador Geral da Comissão Executiva cabe:
I – Convocar e participar das reuniões da Comissão;
II – Coordenar as reuniões e atividades da Comissão Executiva e delegar competências aos seus membros;
III – Submeter a aprovação do Conselho Nacional de Saúde as matérias referentes ao inciso II do art. 17;
IV – Apresentar relatório nas reuniões ordinárias da Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde, informando sobre as atividades desenvolvidas pela Comissão Executiva; e
V – Supervisionar o trabalho da assessoria de organização, contratada para este fim.

Parágrafo único. O Coordenador Geral da Comissão Executiva será substituído, em seus impedimentos eventuais, pelo Coordenador Adjunto.

Art. 26. Ao Secretário Geral cabe:
I – Organizar a pauta das reuniões da Comissão Executiva;
II – Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão Executiva;
III – Organizar e manter arquivo dos documentos recebidos e cópia dos documentos encaminhados em função da realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, junto ao serviço de apoio da Comissão Executiva; e
IV – Encaminhar os documentos produzidos pela Comissão Organizadora e Comissões Especiais à Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde, para providências e encaminhamentos.

Parágrafo único. O Secretário Geral da Comissão Executiva será substituído, em seus impedimentos eventuais, pelo Secretário Adjunto.

Art. 27. Ao Relator Geral cabe:
I – Coordenar a Comissão Relatora da etapa nacional;
II – Coordenar o processo de trabalho dos relatores dos Grupos de Discussão, ouvida a Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de

Saúde;
III – Consolidar os relatórios da etapa estadual e prepará-los para distribuição aos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, conforme previsto no art. 11;
IV – Coordenar a elaboração dos consolidados dos Grupos de Discussão;
V – Coordenar a elaboração das moções e organizar as moções, aprovadas na Plenária Final, no Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
VI – Coordenar a elaboração do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde; e
VII – Elaborar a proposta de Relatório Final a ser apresentada ao Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O Relator Geral será substituído, em seus impedimentos eventuais, pelo Relator Adjunto.

Art. 28. Ao Secretário de Comunicação cabe:

I – Coordenar e acompanhar o processo de divulgação da 12ª Conferência Nacional de Saúde em conjunto com a Comissão Especial de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde;
II – Articular-se com a Assessoria de Comunicação do Gabinete do Ministério da Saúde para elaborar e acompanhar o plano geral de Comunicação da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
III – Promover intercâmbio entre Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, possibilitando e garantindo a ampla visibilidade dos processos de comunicação e divulgação da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
IV – Organizar e promover Teleconferências, webconferências e outros eventos afins visando à ampla divulgação dos objetivos e metodologia da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

CAPÍTULO V
DOS MEMBROS

Art. 29. A 12ª Conferência Nacional de Saúde deverá contar com a participação de representantes de órgãos públicos, entidades de classe, Conselhos Profissionais de Saúde, entidades e organizações da sociedade civil, usuários e pessoas interessadas nas questões relativas à saúde, à reforma sanitária e, em particular, na atenção à saúde para a qualidade de vida.

§ 1º Nos termos do § 4° do art. 1° da Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a representação dos usuários em todas as etapas da 12ª Conferência Nacional de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde.
§ 2º Nos termos da Resolução n° 33/1992, do Conselho Nacional de Saúde:
I – 25% dos participantes serão representantes dos trabalhadores de saúde; e,
II – 25% serão de gestores e prestadores de serviços de saúde.
§ 3º No caso dos segmentos de gestores e prestadores de serviços de saúde não preencherem as vagas de sua respectiva delegação, durante a eleição dos mesmos nas etapas estaduais para a 12ª Conferência Nacional de Saúde, ambos poderão realizar remanejamento de vagas entre si.

§ 4º A escolha dos delegados de cada segmento para a etapa estadual e para a 12ª Conferência Nacional de Saúde é de competência exclusiva dos seus respectivos membros participantes nas etapas municipais e estaduais da 12ª Conferência.

Art. 29. Os membros da etapa nacional da 12ª Conferência Nacional de Saúde se distribuirão em três categorias:

I – delegados com direito a voz e voto;

II – convidados com direito a voz;

III – observadores.

Art. 30. Serão delegados na 12ª Conferência Nacional de Saúde:

I – Delegados eleitos na etapa estadual da 12ª Conferência Nacional de Saúde, de acordo com os seguintes parâmetros:

a) conjunto dos delegados eleitos será calculado com base populacional e terá tamanho proporcional, com relação aos demais estados, no total de delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde (anexo I);

b) Cada Estado terá, no mínimo, 12 (doze) delegados de tal forma que todos os segmentos estejam representados – gestores, prestadores de serviços de saúde, trabalhadores de saúde e usuários (anexo I e II); e

c) número final de delegados por estado deverá ser múltiplo de 4 (quatro), para dar cumprimento ao previsto no art. 28 deste Regimento (anexo I, II e III).

II – Delegados indicados por órgãos de governo e entidades de abrangência e representação nacional (anexo III), assim distribuídos:

a) delegados indicados pelos gestores municipais (Conasems), estaduais (Conass) e federal (Ministério da Saúde);

b) delegados indicados por entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde;

c) delegados indicados pelas entidades nacionais de trabalhadores de saúde; e

d) delegados indicados pelas entidades nacionais de defesa dos consumidores e de representação de movimentos sociais usuários do sistema.

§ 1º Entre os delegados indicados, em cada um dos segmentos, deverão estar incorporados os:

I – conselheiros titulares e seus respectivos primeiros e segundos suplentes do Conselho Nacional de Saúde; e

II – os coordenadores e seus respectivos suplentes da plenária nacional dos conselhos de saúde.

§ 2º Serão eleitos, nas etapas municipal e estadual, delegados suplentes na proporção de 50% (cinqüenta por cento) do total de cada segmento, para a substituição de titulares em sua ausência na 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 31. Serão convidados para a 12ª Conferência Nacional de Saúde representante de órgãos, entidades, instituições nacionais e internacionais e personalidades nacionais e internacionais, com atuação de relevância na área de saúde e setores afins, num percentual de até 5% (cinco por cento) do total de delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 32. Serão observadores, no limite de até 10% (dez por cento) do total de delegados de cada Estado na 12ª Conferência Nacional de Saúde, pessoas interessadas em acompanhar a realização da Conferência.

Parágrafo único. As inscrições dos observadores serão realizadas nos estados, devendo ser confirmadas de acordo com o número de vagas, no prazo de até dez dias antes da realização da Conferência.

Art. 33. As inscrições dos Delegados à 12ª Conferência Nacional de Saúde, deverão ser feitas junto à Comissão Executiva, até o dia 17 de novembro de 2003.
Parágrafo único. Os participantes da 12ª Conferência Nacional de Saúde, portadores de deficiências e de patologias, deverão registrar na ficha de inscrição o tipo de deficiência ou patologia das quais são portadores, com o objetivo de se providenciar as condições necessárias à sua participação.

Art. 34. O credenciamento de delegados à 12ª Conferência Nacional de Saúde deverá ser feito nos estados, pelas Comissões Organizadoras Estaduais da Conferência.

§ 1° A Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde será responsável:
I – pelo credenciamento dos suplentes de delegados;
II – pelo julgamento dos recursos relativos ao credenciamento de delegados.

CAPÍTULO VI
DOS RECURSOS

Art. 35. As despesas com a organização geral para a realização da etapa nacional da 12ª Conferência Nacional de Saúde correrão à conta da dotação orçamentária consignada ao Ministério da Saúde.
§ 1° O Ministério da Saúde arcará com as despesas de hospedagem dos usuários e trabalhadores da saúde, e com as despesas de alimentação de todos os delegados.
§ 2° As despesas com o deslocamento dos delegados, dos seus estados de origem a Brasília, serão de responsabilidade dos estados.
§ 3° O Ministério da Saúde não arcará com despesas relativas aos observadores.

CAPÍTULO VII
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 36. Para permitir a troca de experiências e a apresentação de aspectos específicos da implantação e funcionamento do SUS em cada Município ou Estado da federação será definido espaço físico para exposições, durante a 12ª Conferência.

Art. 37. Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

ANEXO I

DEMONSTRATIVO DO CÁLCULO DE DISTRIBUIÇÃO DOS DELEGADOS POR ESTADO

Número de Delegados eleitos para a 12ª Conferência Nacional de Saúde, por regiões do Brasil e por estados, calculado com base em critério populacional, combinado com ajustes de participação mínima e paritária.

BRASIL, REGIÕES E ESTADOS	POPULAÇÃO	% DA POPULAÇÃO POR ESTADO	POPULAÇÃO 80% DO TOTAL DE DELEGADOS	AJUSTE DO % DE 80% (PISO)	AJUSTE PARA O MÍNIMO DE 12 DELEGADOS	AJUSTES PARA PARIDADE NOS ESTADOS	DELEGADOS ELEITOS + AJUSTES = (MÚLTIPLOS DE 4)	OBSERVADORES
BRASIL	169.799.170	100	2.400,24	2400	+15		2.408	241
NORTE	12.900.704	7,60	182,40	182		-2	(+18) 200	20
Rondônia	1.379.787	0,81	19,44	19		+1	20	2
Acre	557.526	0,33	7,92	8	+4		12	1
Amazonas	2.812.557	1,66	39,84	40			40	4
Roraima	324.397	0,19	4,56	1+5	+6		12	1
Pará	6.192.307	3,65	87,60	88			88	9
Amapá	477.032	0,28	6,72	7	+5		12	1
Tocantins	1.157.098	0,68	16,32	16			16	2
NORDESTE	47.741.711	28,12	674,88	675		-3	(-3) 672	67
Maranhão	5.651.475	3,33	79,92	78		+2	80	8
Piauí	2.843.278	1,67	40,08	40			40	4
Ceará	7.430.661	4,38	105,12	105		-1	104	10
Rio Grande do Norte	2.776.782	1,64	39,36	40			40	4
Paraíba	3.443.825	2,03	48,72	49		-1	48	5
Pernambuco	7.918.344	4,66	111,84	112			112	11
Alagoas	2.822.621	1,66	39,84	40			40	4
Sergipe	1.784.475	1,05	25,20	25		-1	24	3
Bahia	13.070.250	7,70	184,80	185		-1	184	18
SUDESTE	72.412.411	42,65	1.023,60	1.023		-3	(-3) 1.020	102
Minas Gerais	17.891.494	10,54	252,96	253		-1	252	25
Espírito Santo	3.097.232	1,82	43,68	44			44	5
Rio de Janeiro	14.391.282	8,48	203,52	204			204	20
São Paulo	37.032.403	21,81	523,44	523		-3	520	52
SUL	25.107.616	14,79	354,96	355		-3	(-3) 352	35
Paraná	9.563.458	5,63	135,12	135		-3	132	13
Santa Catarina	5.356.360	3,16	75,84	76			76	8
Rio Grande do Sul	10.187.798	6,00	144,00	144			144	14

BRASIL, REGIÕES E ESTADOS	POPULAÇÃO	% DA POPULAÇÃO POR ESTADO	POPULAÇÃO 80% DO TOTAL DE DELEGADOS	AJUSTE DO % DE 80% (PISO)	AJUSTE PARA O MÍNIMO DE 12 DELEGADOS	AJUSTES PARA PARIDADE NOS ESTADOS	DELEGADOS ELEITOS + AJUSTES = (MÚLTIPLOS DE 4)	OBSERVADORES
CENTRO-OESTE	11.636.728	6,85	164,40	164		164	164	17
Mato Grosso do Sul	2.078.001	1,22	29,28	29		-1	28	3
Mato Grosso	2.504.353	1,47	35,28	35		+1	36	4
Goiás	5.003.228	2,95	70,80	71		+1	72	7
Distrito Federal	2.051.146	1,21	29,04	29		-1	28	3

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2000.

ANEXO II

DISTRIBUIÇÃO, POR SEGMENTO, DOS DELEGADOS À 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, A SEREM ELEITOS POR ESTADO

REGIÕES E ESTADOS	DELEGADOS	USUÁRIOS	TRABALHADORES DA SAÚDE	GESTORES	PRESTADORES DE SERVIÇO
BRASIL	2.408	1204	602	363	239
NORTE	200	100	50	30	20
Rondônia	20	10	5	3	2
Acre	12	6	3	2	1
Amazonas	40	20	10	6	4
Roraima	12	6	3	2	1
Pará	88	44	22	13	9
Amapá	12	6	3	2	1
Tocantins	16	8	4	2	2
NORDESTE	672	336	168	102	68
Maranhão	80	40	20	12	8
Piauí	40	20	10	6	4
Ceará	104	52	26	16	10
Rio Grande do Norte	40	20	10	6	4
Paraíba	48	24	12	7	5
Pernambuco	112	56	28	17	11
Alagoas	40	20	10	6	4

REGIÕES E ESTADOS	DELEGADOS	USUÁRIOS	TRABALHADORES DA SAÚDE	GESTORES	PRESTADORES DE SERVIÇO
Sergipe	24	12	6	4	2
Bahia	184	92	46	28	18
SUDESTE	1.020	510	255	154	101
Minas Gerais	252	126	63	38	25
Espírito Santo	44	22	11	7	4
Rio de Janeiro	204	102	51	31	20
São Paulo	520	260	130	78	52
SUL	352	176	88	53	35
Paraná	132	66	33	20	13
Santa Catarina	76	38	19	11	8
Rio Grande do Sul	144	72	36	22	14
CENTRO-OESTE	164	82	41	24	17
Mato Grosso do Sul	28	14	7	4	3
Mato Grosso	36	18	9	5	4
Goiás	72	36	18	11	7
Distrito Federal	28	14	7	4	3
TOTAL	2.408	1.204	602	363	239

ANEXO III

DISTRIBUIÇÃO DOS DELEGADOS, ELEITOS E INDICADOS, POR SEGMENTO, À 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

SEGMENTOS (3.000 delegados)	ELEITOS (+80%)	INDICADOS(+20%)	TOTAL
Gestores (+60% de 25%)	363	87	450
Prestadores (+40% de 25%)	239	61	300
Trabalhadores da Saúde (25% de 100%)	602	148	750
Usuários (50% de 100%)	1.204	296	1500
TOTAL DE DELEGADOS	2.408	592	3000

OBS:
1) estão incluídos, no total de delegados indicados, os quantitativos referentes aos conselheiros nacionais e seus suplentes, e os coordenadores regionais e suplentes da plenária nacional dos Conselhos de Saúde;
2) Todos os delegados indicados são parte da quota de seu respectivo segmento.

REGULAMENTO – 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

PROPOSTA DE REGULAMENTO APROVADA NA 26ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, EM 17/7/2003.

CAPÍTULO I
DA FINALIDADE

Art. 1º Este REGULAMENTO tem por finalidade a definição de regras de funcionamento para a 12ª Conferência Nacional de Saúde, convocada por Decreto Presidencial de 5 de maio de 2003, com REGIMENTO aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 5 de junho de 2003.

CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2º A organização da 12ª Conferência Nacional de Saúde terá a seguinte metodologia:
a) Mesas-Redondas, seguidas de debates;
b) Grupos de Discussão;
c) Plenária.

CAPÍTULO III
DA PROGRAMAÇÃO

Art. 3º A Programação da 12ª Conferência Nacional de Saúde seguirá o formato da grade no Anexo I.

CAPÍTULO IV
DO TEMÁRIO

Art. 4º Nos termos do seu Regimento, a 12ª Conferência Nacional de Saúde abordará:
a) O tema: "SAÚDE: UM DIREITO DE TODOS E UM DEVER DO ESTADO – A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS";
b) Os eixos temáticos: o Direito à Saúde; a Seguridade Social e a Saúde; a Intersetorialidade das Ações de Saúde; as Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; a Organização da Atenção à Saúde; o Controle Social e Gestão Participativa; o Trabalho na Saúde; a Ciência e Tecnologia e a Saúde; o Financiamento da Saúde; e Informação e Comunicação em Saúde.
Parágrafo único. Cada eixo temático será discutido em uma mesa-redonda com respectivos grupos de discussão.

SEÇÃO I
DAS MESAS-REDONDAS

Art. 5º A abordagem de cada eixo temático que compõe o temário da 12ª Conferência Nacional de Saúde será feita mediante apresentações a cargo de até 4 (quatro) expositores.
§ 1º Cada Mesa-Redonda, contará com um Coordenador.
§ 2° Os expositores deverão ser gestores, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde, usuários, membros do Ministério Público, especialistas e estudiosos saúde.
§ 3° Os expositores deverão enviar à Secretaria da Conferência, textos completos de suas intervenções, com no máximo 12 (doze) laudas até 30 (trinta) dias antes da realização das respectivas mesas, para que possam ser divulgados na página da 12ª Conferência Nacional de Saúde na Internet.

Art. 6º Os expositores disporão de 20 (vinte) minutos, prorrogáveis por mais 5 (cinco), para exporem sua idéias, baseadas nos termos de referência elaborados pela Comissão Especial Temática.

Art. 7º Após as exposições, o coordenador, com a colaboração da Comissão Organizadora, abrirá a palavra ao Plenário para debate, durante 60 (sessenta) minutos improrrogáveis.

§ 1º Os delegados e convidados poderão manifestar-se verbalmente ou por escrito, durante o período dos debates, mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema, garantindo-se, prioritariamente, a ampla oportunidade de manifestação de todos, evitando-se as múltiplas manifestações de uma mesma pessoa.
§ 2º O tempo máximo para cada intervenção será 3 (três) minutos, improrrogáveis.

Art. 8º As exposições e debates serão registrados em fita magnética para posterior tratamento, com vistas a sua divulgação nos Anais da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

SEÇÃO II
DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO

Art. 9º Os Grupos de Discussão serão compostos da seguinte forma:
I – Por Delegados e Convidados, em número de 30 (trinta) a 40 (quarenta) pessoas;
II – Por um Coordenador, eleito entre seus membros, com as funções de conduzir as discussões, controlar o tempo e estimular a participação, de acordo com roteiro previamente recebido;
III – Por um Relator, eleito entre seus membros, encarregado de relatar as conclusões do grupo, participar da consolidação dos relatórios do eixo temático e colaborar com a Comissão Especial de Relatoria quando solicitado, como membro da equipe de relatores de síntese;
IV – Por uma pessoa de Apoio, indicada pela Secretaria Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 10. As intervenções dos membros dos grupos deverão ser pautadas pelos debates ocorridos durante as Mesas-Redondas e pelos seguintes documentos oficiais da 12ª Conferência Nacional de Saúde:
I – Documento do Ministério da Saúde "Diretrizes para a Política de Saúde do Brasil, para o período de 2003 a 2007";
II – Texto do Conselho Nacional de Saúde "O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes";

III – Consolidado dos Relatórios das etapas estaduais da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

SEÇÃO III
DA PLENÁRIA

Art. 11. A Plenária terá como função, aprovar o Regulamento da 12ª Conferência Nacional de Saúde, debater as propostas dos Grupos de Discussão e votar o Relatório Final e as moções apresentadas.

Art. 12. Participarão na Plenária:
a) os delegados, com direito a voz e voto;
b) os convidados com direito a voz.

Parágrafo único. A Comissão Organizadora destinará locais de permanência específicos para os Delegados, Convidados e Observadores.

Art. 13. As sessões da Plenária da 12ª Conferência Nacional de Saúde serão Coordenadas por uma mesa constituída de membros da Comissão Organizadora ou delegados por ela indicados.

Parágrafo único. As sessões serão secretariadas por membros da Comissão Especial Relatora ou delegados relatores da equipe de síntese, coordenados pelo Relator Geral da Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 14. A apreciação do Relatório Final será encaminhada na forma que se segue:
a) Proceder-se-á, com antecedência, a distribuição de proposta de Relatório.
b) Assegurar-se-á aos Delegados o direito de solicitar o exame, em destaque, de qualquer item da proposta de Relatório.
c) As solicitações de destaque deverão ser encaminhadas por escrito até o final da leitura da proposta de Relatório pela Mesa, constituindo-se em proposta de redação alternativa em relação ao item destacado.
d) As solicitações de destaque serão submetidas a deliberação da Plenária que decidirá inicialmente sobre sua pertinência.
e) Identificando o conjunto dos itens de destaque, proceder-se-á a votação do Relatório ressalvada esses itens.
f) Após a apreciação do Relatório serão chamadas, uma a uma, as apresentações de destaque.
g) Os propositores de destaques terão 2 (dois) minutos, improrrogáveis, para a defesa do seu ponto de vista.
h) A seguir, o Coordenador da Mesa concederá a palavra, por igual tempo, ao Delegado que se apresente para defender a proposta original;
i) Não será permitida, em qualquer hipótese, réplica.
j) Será colocado, em votação, o(s) destaque(s) apresentado(s) em relação a proposta original do Relatório;
k) A proposta original do Relatório será sempre a proposta de número 1 (um);
l) As propostas serão aprovadas com o quorum mínimo de 1/3 (um terço) dos Delegados credenciados e por maioria simples dos Delegados presentes.

Art. 15. As moções encaminhadas, exclusivamente por Delegados, deverão ser, necessariamente, de âmbito ou repercussão nacional e devem ser apresentadas à Secretaria da 12ª Conferência Nacional de Saúde, até as 10h00 do dia 10, redigidas em uma lauda, fonte 12, espaço

simples, no máximo.

§ 1° Cada moção deverá ser assinada por, pelo menos, 50 (cinqüenta) delegados.

§ 2° A Comissão Especial de Relatoria organizará as Moções recebidas, classificando-as e agrupando-as por tema, dando ciência aos propositores para que organizem a apresentação na Plenária, facilitando o andamento dos trabalhos.

§ 3° Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da Conferência, o Coordenador convocará os propositores das moções, por tema, para procederem a leitura do texto, garantindo-se a cada um o tempo de 2 (dois) minutos, no máximo, para a defesa da moção.

§ 4° Será concedido o mesmo tempo para a defesa de ponto de vista contrário ao do expositor da moção.

§ 5º A aprovação das moções será por maioria simples dos Delegados presentes, considerando-se o quórum previsto na alínea I do art. 14 deste Regulamento.

Art. 16. Concluídas as apreciações das Moções, será encerrada a sessão da Plenária da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

CAPÍTULO V
DISPOSIÇÕES GERAIS E COMUNS

Art. 17. Será assegurado, pela Mesa Coordenadora da Plenária, o direito à manifestação, "PELA ORDEM", aos Delegados, sempre que qualquer um dos dispositivos deste regulamento não estiver sendo observado.

Parágrafo único. As "QUESTÕES DE ORDEM" não serão permitidas durante o regime de votação.

Art. 18. Serão conferidos certificados de participação na 12ª Conferência Nacional de Saúde aos membros da Comissão Organizadora, das Comissões Especiais e Comissão Executiva, delegados, convidados, observadores, expositores e relatores, especificando a condição da participação na Conferência.

Art. 19. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora.

ANEXO
PROGRAMAÇÃO PRELIMINAR

TURNOS	Domingo 7/12	Segunda-Feira 8/12	Terça-Feira 9/12	Quarta-Feira 10/12	Quinta-Feira 11/12
MANHÃ		Aprovação do Regulamento da CNS 9h – 12h	Cinco Temas em Grupos 9h – 12h	Plenária 9h – 12h	Plenária e/ou aprovação de moções 9h – 12h
TARDE		Cinco Mesas Temáticas Eixos Temáticos: O Financiamento da Saúde; O Trabalho da Saúde; Controle Social e Gestão Participativa; A Organização da Atenção à Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS 14h30 – 17h30	Cinco Temas em Grupos 14h – 17h30	Plenária 14h30 – 19h	Moções 14h30 – 18h
NOITE	Encerramento do Seminário Internacional e Abertura da 12ª CNS	Cinco Mesas Temáticas Eixos Temáticos: A Intersetorialidade das Ações de Saúde; Ciência e Tecnologia e a Saúde; Informação e Comunicação em Saúde; O Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde 20h – 23h	Confraternização 19h	Show pela Paz 19h30	
LOCAL	Academia de Tênis	Academia de Tênis	Universidade de Brasília	Academia de Tênis	Academia de Tênis

COMPOSIÇÃO DAS MESAS-REDONDAS – 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

MESA 1 – O DIREITO À SAÚDE

- Ministério Público
- Congresso Nacional: Coordenador da Frente Parlamentar de Saúde
- Usuário
- Trabalhador de Saúde
- Coordenador: Ministério da Saúde

MESA 2 – A SEGURIDADE SOCIAL E A SAÚDE

- Congresso Nacional: Representante da Comissão de Assuntos Sociais do Senado
- Ministério da Saúde/Secretária Executiva
- Ministério da Previdência
- Ministério da Assistência Social
- Especialista: CNS
- Coordenador: Trabalhador de Saúde

MESA 3 – A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE

- Governo Federal
- Prefeito
- Governador
- Usuário: Conam
- Debatedor
- Coordenador: Conam

MESA 4 – AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS

- Ministério da Saúde
- Conass
- Conasems
- Prestadores de Serviço
- Trabalhador de Saúde
- Coordenador: Usuário

MESA 5 – A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

- Ministério da Saúde/Secretária de Atenção à Saúde
- Conass
- Conasems
- Saúde Suplementar
- Prestadores de Serviço
- Debatedor: Trabalhador de Saúde
- Coordenador: Usuário

MESA 6 – CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA

- Trabalhador de Saúde
- Usuário
- Coordenador da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
- Ministério da Saúde
- Coordenador: CNS

MESA 7 – O TRABALHO NA SAÚDE

- Ministério do Trabalho e Emprego
- Trabalhador da Saúde
- Ministério da Saúde/Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
- Ministério da Educação
- Debatedor: Usuário
- Coordenador: Abrasco

MESA 8 – CIÊNCIA E TECNOLOGIA E A SAÚDE

- Ministério da Ciência e Tecnologia
- BNDES
- Abrasco
- Ministério da Saúde/Secretária de Ciência e Tecnologia e Investimento em Saúde
- Debatedor: CNI
- Coordenador: SBPC

MESA 9 – O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

- Ministério da Saúde
- Congresso Nacional: Representante da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados

- Ministério da Fazenda
- Debatedora
- Coordenador: Usuário

MESA 10 – INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

- Ministério da Saúde
- Educação Popular
- Usuário
- Especialista
- Debatedor: Observatório da Imprensa
- Coordenador: Trabalhador de Saúde

COMISSÃO ORGANIZADORA – 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

I. PLENÁRIO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

II. COMISSÃO EXECUTIVA

- Coordenação Geral *in memoriam*: Antonio Sergio da Silva Arouca
- Coordenação Adjunta: Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho
  Maria Fátima de Sousa
- Secretaria Geral: Eliane Aparecida da Cruz
- Secretaria Adjunta: Conceição Aparecida Pereira Rezende
  Alessandra Ximenes da Silva
- Secretaria de Comunicação: Márgara Raquel Cunha
- Relatoria Geral: Paulo Gadelha
- Relatoria Adjunta: Ana Maria Costa
  Sarah Escorel

III. COMISSÃO ESPECIAL TEMÁTICA

- Conceição Aparecida Pereira Rezende[2]
- Diógenes Sandim Martins[1]
- Francisco das Chagas Dias Monteiro[4]
- Gilson Cantarino O'Dwyer[1]
- José Américo Silva Fontes[4]
- José Carvalho de Noronha[4]
- Lúcia Maria Costa Figueiredo[4]
- Maria Eugênia C. Cury[1]
- Maria Natividade G. S. T. Santana[1]

IV. COMISSÃO ESPECIAL DE COMUNICAÇÃO

- Geraldo Adão Santos[4]
- Graciara Matos de Azevedo[1]
- Lucas Cardoso Veras Neto[1]
- Márgara Raquel Cunha[2]
- Maria Irene Monteiro Magalhães[4]
- Mário César Scheffer[4]
- Paulo César Augusto de Sousa[1]
- Rui Barbosa da Silva[1]
- Silvia Maria Alves[4]
- Verbena Lúcia de Melo Gonçalves[4]
- Vladimir Dantas[4]

V. COMISSÃO ESPECIAL DE INFRA-ESTRUTURA

- Ana Lúcia Ferraz Amstalden[4]
- Augusto Alves do Amorim[1]
- Climério Rangel da Silva Júnior[1]
- Elias Fernando Miziara[4]
- Fernando Luiz Eliotério[4]
- Nildes de Oliveira Andrade[1]
- Olympio Távora Derze Corrêa[4]
- Rosane Maria Nascimento da Silva[1]

VI. COMISSÃO ESPECIAL DE ARTICULAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

a) Conselheiros Nacionais de Saúde
- Alessandra Ximenes da Silva[2]
- Alexandre de Oliveira Fraga[1]
- Alfredo Boa Sorte Júnior[1]
- Eni Carajá Filho[1]
- Jesus Francisco Garcia[1]
- José Velloso Souto[4]
- Maria Natividade G. S. T. Santana[1]
- Olympio Távora Derze Correa[4]
- Solange Gonçalves Belchior[4]

b) Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
- Andreia de Oliveira[3]
- Artur Custódio M. de Sousa[4]
- Benedito Alexandre Lisboa[3]
- Darcy Reis de Oliveira[4]
- Gleisse de Castro de Oliveira[4]
- José Teófilo Cavalcante[3]
- Júlio César das Neves[3]
- Maria de Lourdes Afonso Ribeiro[3]
- Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos[3]
- Paulo Roberto Venâncio de Carvalho[3]
- Pedro Gonçalves de Oliveira[3]
- Raimundo Nonato Soares[3]
- Wanderli Machado[3]

VII. COMISSÃO ESPECIAL DE REGIMENTO E REGULAMENTO

- Ana Gabriela Sena[4]
- Clóvis Boufleur[4]
- Conceição Aparecida Pereira Rezende[2]

- Francisco Batista Júnior[1]
- Luiz Gonzaga Araújo[4]
- Maria Camila Borges Faccenda[4]
- Maria Eugênia C. Cury[1]
- Zilda Arns Neumann[1]

VIII. COMISSÃO ESPECIAL DE RELATORIA

- Adalgiza Balsemão de Araújo[4]
- Ana Maria Costa[2]
- Carlos Alberto Ebeling Duarte[1]
- Cibele G. M. Osório[4]
- Clair Castilhos Coelho[4]
- Gerônimo Paludo[4]
- Gysélle Saddi Tannous[1]
- Júlia Maria dos Santos Roland[4]
- Luciano Chagas Barbosa[4]
- Maria Leda de R. Dantas[1]
- Paulo Gadelha[2]
- Rosane Lowenthal[4]
- Sarah Escorel

ORGANIZAÇÃO DO MANUAL: Jacinta de Fátima Senna da Silva
Conceição Aparecida Pereira Rezende

ASSESSORIA ESPECIAL DE COMUNICAÇÃO: Caco Xavier

APOIO LOGÍSTICO: Ana Lúcia Ferraz Amstalden
Analice Noleto Santos Bueno
Ana Gabriela Nascimento Sena
Denise Pereira Rodrigues Alves
Darcy Reis de Oliveira
Gerson Lúcio Gomes Dumont
Mariana Cabral Nogueira de Sá
Pérola de Jesus Silva

Nota: 1 – Conselheiro; 2 – Comissão Executiva; 3 – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; e 4 – Colaborador.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL SERGIO AROUCA – 25 ANOS DE ALMA-ATA

A Atenção Básica à Saúde foi definida e recebeu reconhecimento internacional na Conferência Internacional de Saúde sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, em 1978. Baseado nos quatro princípios básicos que norteiam esse documento - I) A estruturação dos sistemas de saúde através da organização dos cuidados primários; II) Cuidados primários e o sistema nacional de saúde e a construção da equidade em saúde; III) O Direito à Saúde e o Controle Social; IV) Ação intersetorial e participação cidadã - o Ministério da Saúde realizará, no período de 6 a 8 de dezembro, o Seminário Internacional dos 25 Anos da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde.

Esse Seminário, que antecede a 12ª Conferência Nacional de Saúde e será aberto às várias visões sobre a Atenção Básica, tem o propósito de refletir, juntamente com os demais países, organizações internacionais e especialistas convidados, sobre os 25 anos corridos da Conferência. Essa reflexão não se encerra num olhar histórico, mas numa perspectiva futura, pautada nas experiências adquiridas nesses anos e nas Metas de Desenvolvimento do Milênio da Organização das Nações Unidas.

Desse encontro resultará a edição de um livro reunindo as exposições das autoridades e dos relatórios de debates.

Outro importante produto advindo desse evento será a apresentação do Relatório Final do Seminário na abertura da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

II. DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA

"Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração:

I. A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde-estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

II. A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui por isso objeto da preocupação comum de todos os países.

III. Desenvolvimento econômico e social com base numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de saúde para todos e para a redução da lacuna entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

IV. É direito e dever dos povos participar individualmente e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V. Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI. Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde com base em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII. Os cuidados primários de saúde:

1. Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.
2. Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.
3. Incluem pelo menos: educação no tocante a problemas prevalecentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.
4. Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habilitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.
5. Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, por meio da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.
6. Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais da saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.
7. Baseiam-se, âmbito local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

VIII. Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

IX. Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/Unicef sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo.

X. Poder-se-á atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano de 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamentos e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz. Distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o Unicef, assim como outras organizações internacionais, bem como entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos eles a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração."

AGENDA PROVISÓRIA

1º Dia – 6/12 /2003				
9h	Abertura	Mirta Roses Diretora da Organização Pan-Americana de Saúde	Humberto Costa Ministro da Saúde do Brasil	Jong Wook-Lee Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde
10h	Painel I	Exposição 1	Exposição 2	Exposição 3
	A estruturação dos sistemas de saúde através da organização dos cuidados primários	O Programa de Saúde da Família e reorientação do modelo assistencial.	A atenção primária e o papel do médico e da enfermeira de família	Deslocando o equilíbrio do poder: o papel do clínico geral
		Gastão Wagner – Secretário Executivo do Ministério da Saúde do Brasil	Damodar Peña Pentón – Ministro da Saúde de Cuba	David Colin-Thome – Diretor Clínico Geral para cuidados primários do Reino Unido
11h	II	1	2	3
	Cuidados primários e o sistema nacional de atenção à saúde e a construção da eqüidade em saúde	O Modelo Integrado de Atenção à Saúde (MIDAS) e o Seguro de Saúde Popular Universal	Os cuidados primários de saúde e o equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia em saúde	Cuidados primários de saúde na Europa: tendências atuais
		Julio Frenk – Ministro da Saúde do México	Jorge Solla – Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil	Juan Gervas – Assessor da Organização Mundial da Saúde
12h	Almoço			
14h	III	1	2	3
	O Direito à Saúde e o Controle Social	As Conferências, os Conselhos de Saúde e o Direito à saúde	Participação Pública e o Governo Cidadão	Controle Sindical e as Caixas de Assistência às Enfermidades
		Conselho Nacional de Saúde		Horst Schmitthenner – IG Metall Vorstand - DGB
15h	Intervalo			
15h30	IV	1	2	3
	Ação intersetorial e participação cidadã	Batho Pele e a Carta do Paciente	A experiência de Kerala	Planejamento participativo e a construção da cidadania
		Manto Tshabalala-Msimang – Ministra da Saúde da África do Sul	Shri. P. Sankaran Ministra da Saúde da Província de Kerala, Índia	

2º Dia – 7/12/2003		
09h30	Intervalo	
10h	CONFERÊNCIA HALFDAN MAHLER M. J. Doskaliev – Ministro da Saúde Cazaquistão	
11h	Painel V	Painelistas
	Perspectiva Global – Avanços e desafios da atenção primária e as metas do milênio Carlos Lopes – Coordenador das Nações Unidas	• Barbara Starfield – MD, MPH, School of Public Health Johns Hopkins University • Hon Annette King – Ministra da Saúde da Nova Zelândia - Fórum Internacional sobre Acesso Comum aos Serviços de Assistência Médica • Albertina Hamukwaya – Ministra da Saúde de Angola (Palops)
12h	Almoço	
14h	VI	Painelistas
	Perspectiva Regional das Américas – Avanços e desafios da atenção primária e as metas do milênio	• Conrado Bonilla – Ministro da Saúde do Uruguai (Mercosul) • Gilberto Rodriguez Ochoa – Ministro da Saúde da Venezuela (Pacto Andino) • Mohamed Rakieb Khudabux – Ministro da Saúde do Suriname (CARICOM) • José Rodríguez Soldevila – Ministro da Saúde da República Dominicana (América Central)
15h	Intervalo	
15h30	VII	Painelistas
	Perspectiva no Brasil – Avanços e desafios da atenção primária e as metas do milênio	• Conselho Nacional de Saúde • CONASS – Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde • CONASSEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde • ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
16h30	Encerramento	