



BOLETIM do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ANO 3 - Número 20

Publicação Periódica

Setembro 2000

APRESENTAÇÃO

As matérias que constam neste número foram discutidas e aprovadas na 101.ª Reunião Ordinária realizada nos 13 e 14 de setembro.

O Boletim apresenta uma resolução e uma deliberação interna: a primeira convoca a III Conferência Nacional de Saúde Indígena e a deliberação trata da importância da comunicação no controle social. Apresenta quatro recomendações: a que recomenda ao Governo Federal que não estabeleça restrições na liberação dos recursos do FGTS para o saneamento básico e solicita alteração da Resolução 78/98 do Senado Federal; a que indica a necessidade de diretrizes para organização das ações de saúde do trabalhador; a que propõe a inclusão dos procedimentos de assistência individual e de vigilância em saúde do trabalhador na tabela do SIA/SUS e a que propõe o debate e realização de audiência pública para tratar do Projeto de Lei que dispõe sobre a administração dos riscos e danos do trabalho.

O Plenário aprovou dois documentos importantes para o balizamento da aplicação dos recursos da PEC da Saúde, simultaneamente a sua promulgação em 13 de setembro, quando passa à condição de Emenda constitucional n.º 29. O primeiro intitulado "Diretrizes Preliminares para Aplicação do Disposto na Emenda Constitucional n.º 29", que aponta cinco diretrizes básicas. O segundo intitulado "Emenda Constitucional n.º 29 e o Desafio do Compromisso com a Eficiência e Eficácia Social do SUS", que consiste numa avaliação sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde e incorpora uma síntese da pesquisa sobre "Acesso e utilização de Serviços de Saúde" (PND A/IBGE -1998).

Ainda foi aprovada a Proposta Orçamentária para o Ministério da Saúde, referente ao exercício de 2001. O destaque foi quanto a decisão de se constituir um grupo de trabalho para acompanhar as discussões sobre a implementação da vinculação constitucional de recursos para o setor e sugerir a Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente que priorize o acompanhamento orçamentário e financeiro do item saneamento básico, principalmente, face em dotação orçamentária prevista para 2001, na Fundação Nacional de Saúde para saneamento básico, de R\$ 1 bilhão e 317 milhões.

DIRETRIZES

DIRETRIZES PRELIMINARES PARA A APLICAÇÃO DO DISPOSTO NA EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29 (EMENDA DA SAÚDE)

Promulgadas em 13 de setembro de 2000
(aprovadas na Reunião Ordinária do Conselho
Nacional de Saúde de 13.9.2000)

OBJETIVOS:

- 1) Subsidiar a regulamentação da auto-aplicação da Emenda, em especial do seu Art. 7.º, com base nas disposições das Leis 8.080/90 e 8.142/90, e nas experiências positivas da disciplina da construção do Sistema Único de Saúde, através de Norma Operacional Básica, de responsabilidade conjunta das direções únicas do SUS nas três esferas de governo.
- 2) Subsidiar a elaboração da Lei Complementar requerida no § 3.º do Art. 198 da C.F., alterada pelo Art. 6.º da Emenda.

1.ª DIRETRIZ

Os parâmetros básicos da regulamentação são os princípios da Universalidade, da Equidade, da Integralidade, da Descentralização com Hierarquização e Regionalização das redes de serviços e Controle Social, priorizando a regressão das disparidades macrorregionais, estaduais, microrregionais e locais.

2.ª DIRETRIZ

Norma Operacional Básica, elaborada e aprovada conjuntamente pelas Direções Únicas do SUS nas três esferas de governo - Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - e no Conselho Nacional de Saúde, disciplinará as seguintes implementações:

- a) dos Art. 8.º, 15.º, 16.º, 17.º, 18.º, 36.º e 37.º da Lei 8.080/90 e Art. 4.º da Lei 8.142/90, que dispõem expressamente sobre as obrigações legais de cada esfera de governo quanto a:
 - Planejamento, Organização, Controle e Avaliação das redes hierarquizadas e regionaliza-

das por complexidades crescentes, inclusive a identificação de centros de referência, regionais, estaduais e nacionais;

- Planejamento e Orçamento ascendentes, incluindo o Planejamento Estratégico e a articulação política e dos planos nas três esferas de governo; e

- Descentralização aos estados, DF e municípios.

b) da organização e funcionamento das redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços, com toda prioridade para a acessibilidade e alta resolutividade das ações e serviços da Atenção Básica à Saúde, com acolhimento solidário, adscrição de clientela e vínculo responsável de equipes de saúde a grupos familiares e outros agregados populacionais;

c) de plena municipalização e microrregionalização das ações e serviços básicos de saúde e os de média complexidade;

d) de metas de investimentos estratégicos em capacidade instalada de serviços de média e alta complexidade, e de fixação de profissionais especializados, em municípios-pólo de regiões menos desenvolvidas, em função do acesso e equidade da atenção integral à saúde, em cotejo com deslocamentos interregionais e interestaduais de usuários;

e) de metas de elevação dos per capita financeiros de custeio em todas as regiões, e de regressão das disparidades macrorregionais, estaduais e microrregionais, com definição das contrapartidas das três esferas e em congruência com o disposto nos itens anteriores;

f) de planos estaduais de microrregionalização das ações e serviços básicos de saúde e os de média complexidade, e de planos estaduais e interestaduais dos serviços de alta complexidade, todos aprovados pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde; e

g) da operacionalização do conjunto dos critérios para transferência dos recursos federais, constantes no Art. 35 da Lei 8.080/90, com as respectivas adequações às realidades estaduais e municipais.

3.ª DIRETRIZ

Dos recursos federais destinados ao conjunto dos estados, DF e municípios, e sob a condição do cumprimento do disposto na 1.ª e 2.ª DIRETRIZES, pelo menos 50% deverão ser repassados segundo o quociente da sua divisão pelo número de habitantes, até a promulgação da Lei Complementar requerida no Art. 198, alterado pelo Art. 6.º da Emenda.

4.ª DIRETRIZ

Enquanto os recursos da FUNASA, ANVISA e

ANSS, destinados às ações e serviços de saúde, a serem geridos pelos estados, DF e municípios, não integrarem o Fundo Nacional de Saúde, a eles fica estendido o disposto nas diretrizes anteriores.

5.ª DIRETRIZ

Uniformização dos conhecimentos e interpretações, ao nível do Congresso Nacional, da Direção do SUS e do Conselho Nacional de Saúde, das alterações introduzidas pela Emenda, nos Art. 34, 35, 43, 156, 160, 167 e 198, e nas Disposições Transitórias da Constituição Federal.

Em especial, quanto à auto-aplicação imediata do Art. 7.º da Emenda, referente ao cálculo da variação nominal do PIB, aos Art. 155, 157 e 159 para os estados e DF, e aos Art. 156, 158 e 159 para os municípios.

Esta diretriz encontra-se em elaboração conjunta por técnicos da SE/CNS, Consultoria Legislativa da CF, Consultoria de Orçamento e Finanças da CF, SPO/MS, IPEA e Ministério Público.

A EMENDA CONSTITUCIONAL E O SUS

A EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29 (EMENDA DA SAÚDE) E O DESAFIO DO COMPROMISSO COM:

- A EFICIÊNCIA DO SUS
- E A EFICÁCIA SOCIAL DO SUS

– Documento aprovado na Reunião Ordinária do Plenário do CNS em 7.7.2000, por unanimidade, e atualizado na Reunião Ordinária de 13.9.2000.

– Anexo – Síntese da Pesquisa Suplementar à PNAD/IBGE - 1998, "Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde".

Com a aprovação final da Emenda impõe-se como inadiável aos gestores do SUS e seus Conselhos de Saúde, a intensificação da construção do novo modelo assistencial, com o financiamento agora estável pelas três esferas de governo, e gradativamente elevado, nos próximos cinco anos, conforme prescrito na Emenda.

RECURSOS TOTAIS NA SAÚDE (R\$ BILHÕES)

- Estimativas do Ano Base de 1998 -

	FEDERAL	ESTADO	MUNICÍPIO	TOTAL
PÚBLICO	R\$ 19,3 (57,4%)	R\$ 5,5 (16,5%)	R\$ 8,7 (26,0%)	R\$ 33,6 (100%)
PRIVADO	-	-	-	R\$ 23,0
TOTAL	-	-	-	R\$ 56,6

RECURSOS PER CAPITA

	BRASIL		ALGUNS PAÍSES DO 3.º MUNDO	PAÍSES DESENVOLVIDOS
	R\$	US\$	US\$	US\$
PÚBLICO (*)	207,6	115,3	-	-
PRIVADO (**)	575,0	319,4	-	-
TOTAL (*)	346,1	192,2	200 a 400	800 a 2000

(*) Base de cálculo: população de 161.790.311 de 1998, segundo o IBGE

(**) Base de cálculo: população de 40.000.000 de consumidores dos planos de seguros privados de saúde.

○ per capita destes consumidores eleva-se a R\$ 831,6 (625,0 + 207,6) quando se leva em conta que continuam usuários do SUS, utilizando serviços de média para alta complexidade, especialmente quando não cobertos pelos planos e seguros privados, mas também os cobertos, no caso de servidores de saúde e outros, quando cobertos.

○ "PLANO DE SAÚDE" DE TODOS OS BRASILEIROS

Serviços prestados em 1999 pelo SUS (municípios, estados, DF e União):

- 1,5 bilhão de atendimento ambulatoriais, dos quais 300 milhões de consultas médicas;
- 12,5 milhões de internações hospitalares (mais de 80% de todas as internações do país);
- 2 milhões e 600 mil partos, e 660 mil cesarianas;
- 50 milhões de vacinas;
- 5 milhões e 600 mil sessões de hemodiálise (a quase totalidade realizada no país);
- Operação de 6 mil equipes de Saúde de Família em 2 mil municípios;
- Operação de 120.000 Agentes Comunitários de Saúde em 4 mil municípios;
- Todas as ações de vigilância epidemiológica contra as endemias e epidemias;
- Todas as ações de vigilância sanitária de alimentos, medicamentos, meio ambiente e outras;
- Controle de todas as endemias, como a tuberculose, malária, dengue, hanseníase, aids, mal de Chagas e outras.
- Realização de 85% dos procedimentos de

alta complexidade e custo no país:

- Transplantes - 21.162
- Diárias de UTI - 2 milhões
- Cirurgias Cardíacas - 151.146
- Tomografias - 740 mil
- Neurocirurgias, Ressonâncias, Medicina Nuclear e outros.

Administração do "Plano":

- Preço por pessoa - R\$ 17,00 mensais;
- Preço para a "empresa" Brasil - R\$ 33 bilhões anuais.
- "Clientela" - 164 milhões de brasileiros (toda a população).
- Antes de nascer a criança já esta "segurada" e assim permanece toda a vida.
- Sem qualquer carência para sua utilização.
- Sem exclusão de nenhuma doença preexistente, como aids, tuberculose, mal de Hansen, câncer, doença mental e outras.

- Atua na prevenção e cura das doenças.
- Mantinha em 1992 (dados do IBGE) cerca de 537.688 profissionais de saúde nos serviços públicos (acrescidos de 198.132 administrativos) e 496.680 nos serviços privados (acrescidos de 206.208 administrativos), dos quais, pelo menos 70% são contratados e conveniados pelo gestores do SUS.

HÁ PLANO DE SAÚDE IGUAL?

HÁ PLANO DE SAÚDE MAIS EFICIENTE DO QUE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?

- Não há plano mais eficiente, com tão poucos recursos. Nota dez para a eficiência. Mas, e a eficácia? E a efetividade dos resultados e do impacto na saúde da população?

○ DESAFIO DA EFICÁCIA NO SUS

○ excelente nível de produção de serviços obtidos com os parcos R\$ 17,00 (dezessete reais) mensais por brasileiro, e daí sua eficiência, ainda não é o mesmo da eficácia, isto é, dos resultados e do impacto na saúde da população.

A oferta de serviços no SUS já está no caminho irreversível da eficácia, mas ainda bastante longe da imprescindível otimização dos resultados em relação aos recursos disponíveis: as prioridades na oferta de serviços e a relação custo-benefício encontram-se, ainda, só parcialmente assumidas em todas as esferas da gestão e do controle social. É oportuno lembrar que este desafio passa pelos princípios da Universalidade, equidade e integralidade, o que descarta na raiz, a visão e prática de um SUS pobre para os pobres, o mesmo que uma saúde pobre e pouca

para os pobres (mais de 80% da população), em outras palavras: este desafio reconhece a Saúde como bem público inalienável.

Seguem algumas questões, que melhor respondidas, poderão alavancar as estratégias de construção do SUS e do novo modelo assistencial.

1) O crescimento do acesso efetivo da população aos serviços básicos de saúde já chegou a que proporção, e quais as chances para o restante da população com baixo ou nenhum acesso a esses serviços? (Ver o Anexo)

2) Da população que já tem acesso efetivo aos serviços básicos de saúde, que proporção desfruta de acolhimento e vínculo humanizados com os profissionais e equipes de saúde? (Ver o Anexo).

● Estas duas primeiras questões permanecem pertinentes, apesar da considerável ampliação da Rede Básica de Unidades de Saúde Municipais, e das importantes iniciativas de vínculo (adscrição da clientela), através dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde de Família, além das iniciativas de organizações não-governamentais na redução da mortalidade infantil, materna e outros indicadores.

3) O reconhecido crescimento da qualidade técnica e profissional das ações e serviços da Rede Básica de Unidades de Saúde, como vem se dando, e a que ponto já chegou em relação à meta de resolutividade por volta de 85% dos problemas de Saúde? (Ver o Anexo).

Destaques desta questão:

● Treinamento em serviços dos profissionais de saúde, incluindo protocolos de condutas profissionais de promoção e proteção da saúde, de diagnósticos, tratamentos e encaminhamentos;

● Equipamentos básicos, sua alocação e manutenção, medicamentos básicos, exames laboratoriais básicos, etc.;

● Processos de trabalho das equipes e remunerações comprometidas com o desempenho da equipe mediante o cumprimento de metas e resultados para a população, e com a dignidade profissional dos membros das equipes; e

● Ações de promoção e proteção da saúde na comunidade, em articulação com outros setores como a Educação, Assistência Social, Saneamento e Meio Ambiente, Trabalho, Lazer, Segurança Alimentar, Erradicação da Pobreza e outros, visando os grupos de risco às doenças transmissíveis, às doenças crônicas, às várias violências, assim como os problemas apresentados pela própria comunidade.

4) A que ponto já chegaram os avanços, já em andamento, das articulações dos serviços bási-

cos de saúde, com os de média e alta complexidade, e quais as medidas para garantir à clientela o necessário acesso, acolhimento e resolutividade nestes serviços mais complexos?

Destaques desta questão:

● Articulações intermunicipais e com a Secretaria Estadual de Saúde, visando implementar estratégias regionais e pactuar os fluxos de demanda da população e oferta de serviços nos Centros Regionais de Referência: Ambulatórios da Especialidades, Laboratórios e Hospitais, inclusive os Universitários e de Ensino;

● Peso insustentável de ações de média e alta complexidade, evitáveis ou desnecessárias, congestionando e onerando estes serviços e contribuindo para a desqualificação da Rede Básica de Saúde e para o desperdício;

● Possibilidade de transformação dos serviços básicos em "cesta básica".

5) Como se desenvolve a atribuição legal da Secretaria Estadual de Saúde, de organizar e supervisionar o funcionamento das Redes de Serviços **Hierarquizadas** e **Regionalizadas** por complexidades crescentes, junto às Secretarias Municipais de Saúde?

Destaques desta questão:

● Programação Pactuada e Integrada (PPI) e Centrais de Vagas e Agendamentos;

● Capacitação e autonomia gerencial das unidades de saúde para cumprirem metas e resultados para a população;

● Controle e avaliação dos resultados e impactos na saúde da população, precedendo e orientando o controle e avaliação do processo produtor de serviços, de acordo com as diretrizes do novo Sistema Nacional de Auditoria; e

● Discussão e aprovação dos relatórios de gestão Municipal e Estadual, pelos Conselhos de Saúde respectivos.

6) As **Comissões Intergestores Bipartites (CIBs)** estão promovendo e valorizando o planejamento ascendente, desde as unidades de saúde, com prioridades e metas, em função de resultados e impactos na saúde da população, e aprovados pelos Conselhos de Saúde?

Destaques desta questão:

● Habilitação das condições de gestão, dos municípios do estado;

● Controle e Avaliação de acordo com as normas e diretrizes do atual Sistema Nacional de Auditoria;

● Promoção da equidade inter-regional e intermunicipal no estado;

● Política de recursos humanos de saúde na visão de saúde como bem público, ao nível dos municípios, estados e DF, visando: a formação,

os planos de cargos, carreiras, salários e adicionais por desempenho de equipe mediante o cumprimento de metas e resultados para a população, e reposição de pessoal, inclusive quanto à compensação de perdas de bons profissionais, motivados pelo desfinanciamento do setor;

- Emissão de atos da Secretaria Estadual de Saúde sobre questões relevantes de financiamento, repasses e gestão, sem considerar critérios e diretrizes previamente definidos com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

7) Como a **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** vem assumindo sua responsabilidade de pactuação entre as Direções do SUS nas esferas federal, estadual e municipal, normatizando na abrangência nacional o financiamento e as modalidades de repasses, sob a lógica da construção do SUS e do novo modelo assistencial?

Destaques dessa questão:

- O exercício pela CIT, da atribuição de instância recursal das CIBs;
- Promoção da equidade entre as macrorregiões e interestadual;
- Política de recursos humanos de saúde ao nível nacional, sob o mesmo enfoque apontado para os municípios, estados e DF; e
- Emissão de atos do Ministério da Saúde sobre questões relevantes de financiamento, repasses e gestão, sem considerar critérios e diretrizes previamente definidos com a CIT.

8) Como o **controle social pelos conselhos de saúde** – municipais, estaduais e nacional, está assumindo todas estas questões, no âmbito da sua atribuição legal de formular estratégias e controlar a execução das políticas?

Destaques desta questão:

- Possível dificuldade dos Conselhos de Saúde considerarem as questões acima expostas de forma mais efetiva, devido ao envolvimento, possivelmente excessivo, com o grande volume de atos e fatos diários - um a um - dos gestores e dos prestadores de serviços; e
- Capacitação dos Conselheiros de Saúde.

9) Como o **Conselho Nacional de Saúde** vem se articulando com a CIT, além do Ministério da Saúde, em busca do sinergismo entre o controle social e a gestão, visando a busca maior da construção do SUS e do novo modelo assistencial?

Destaques desta questão:

- Análise periódica da conjuntura macroeconômica e das políticas públicas e sua influência na saúde, assim como o acompanhamento da estrutura dos gastos públicos na saúde e a execução orçamentária, sob a ótica da construção do novo modelo assistencial.

10) As respostas às questões anteriores devem sinalizar em cada município, região, estado e no País, até onde o **modelo assistencial "SUS" está conseguindo substituir o modelo anterior**, ou pelo ângulo inverso, até onde o velho modelo resiste em vários lugares dentro do SUS, ainda que admitindo seus princípios e adequando-se à descentralização.

Em outras palavras:

a) Até onde as ações e serviços da atenção básica à saúde desenvolvem-se efetivamente, constituindo-se na porta de entrada do sistema para toda a população, resolvendo parte cada vez maior dos seus problemas de saúde e assegurando para os problemas mais complexos, o atendimento nos serviços de média e alta complexidade, e até onde, os serviços de maior complexidade continuam disputando e ganhando recursos para gastá-los com problemas comprovadamente evitáveis ou desnecessários?

b) Até onde a população com os seus direitos de cidadania à proteção da saúde e cura das doenças, é efetivamente, a "clientela preferencial" do SUS, secundada na seqüência, pelos direitos e interesses dos profissionais de saúde, das entidades prestadoras de serviços e dos fabricantes de medicamentos, equipamentos médico-hospitalares e outros insumos? Ou, até onde os "clientes preferenciais" que melhor disputam os gastos públicos de saúde, continuam sendo os citados fabricantes, secundados na seqüência pelas entidades prestadoras de serviços e pelos profissionais?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Definições e Deliberações do Conselho Nacional de Saúde

1. Vinculação Constitucional de Recursos para o SUS nas três esferas de governo – Resolução CNS n.º 281 – Julho/1998.
 2. Competências do Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Ministério da Saúde – Delimitações e Interfaces – Março/1999.
 3. Diretrizes para Capacitação de Conselheiros de Saúde – Abril/1999.
 4. Inserção dos Hospitais Universitários e de Ensino no SUS – Relatórios de Abril/1999 e Novembro/1999.
 5. Reforçando a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir os Princípios Constitucionais do Sistema Único de Saúde – Outubro/1999.
 6. Relatório e Avaliação da Mesa-Redonda de Atenção Básica de Saúde promovida pelo CNS – Novembro/1999.
 7. Informações e Mecanismos para o Acompanhamento do SUS pelo CNS – Março/2000.
 8. Agenda Básica do CNS para 2000 – Março/2000.
-

ANEXO

ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Pesquisa suplementar da PNAD/IBGE - 1998
Convênio IBGE - Ministério da Saúde
(demanda aos serviços de saúde públicos e privados)

Síntese

a) 71,2% da população (112,6 milhões) já tinha em 1998, um serviço de saúde regular, com a seguinte distribuição:

- Posto ou Centro de Saúde41,8%
- Ambulatório de Hospitais21,5%
- Consultório Particular19,7%
- Consultório de Clínica..... 8,3%
- Pronto-Socorro 4,8%
- Farmácia 2,2%
- Ambulatório de Empresa ou Sindicato .. 1,5%

b) 28,8% da população (45,5 milhões) ainda não tinha em 1998, um serviço de saúde regular*. Na saúde bucal, 18,7% nunca havia consultado dentista.

c) 25% da população brasileira (38,7 milhões), são consumidores de planos e seguros privados de saúde, dos quais, 25% (9,7 milhões), de planos de assistência a servidores públicos.

d) Das 20,5 milhões de pessoas que procuraram serviços de saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa:

- 20,09 (98%) foram atendidas.
 - 49,3% no SUS
 - 35,8% nos planos e seguros privados.

Principais motivos da procura:

- Exames de rotina, prevenção e vacinação (37,3%), doenças (33,5%) e dentista (10,9%) (410 mil (2%) não foram atendidos, 45,6% por falta de senha ou vaga, e 28,6% por falta de médico).

e) Das 137,6 milhões de pessoas que não procuraram serviços de saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa:

- 132,1 (96%) não tiveram necessidade.
- 5,5 (4%) assim justificaram:
 - Falta de dinheiro (32,5%)
 - Distância/Transporte (17,0%)
 - Demora em atender (13,0%)
 - Desajuste de horários (9,9%).

f) 11 milhões de pessoas foram internadas uma ou mais vezes no ano anterior à pesquisa (taxa de 6,9% da população).

Considerando só a última internação, 63,1% foram realizadas no SUS, das quais, 6,3% de consumidores de planos e seguros privados de saúde.

g) Desigualdades e iniquidades registradas.

- Consultas médicas no ano anterior à pesquisa: 49,7% das pessoas de menor renda familiar e 67% das com renda familiar acima de 20 salários mínimos.
- No atendimento geral, a prevalência dos atendidos em relação à procura, variou de 97% para os de renda familiar abaixo de 1 salário mínimo, até 99,7% para os acima de 20 salários mínimos.
- Para as pessoas atendidas nos 15 dias anteriores à pesquisa, a taxa de utilização variou de 11,4 por 100 pessoas com renda familiar baixa, a 17,1 por 100 pessoas com renda familiar acima de 20 salários mínimos.
- Nas internações as taxas invertem-se: 6,1% para os com renda familiar acima de 20 salários mínimos, até 8,7% para os com renda familiar abaixo de 1 salário mínimo, e 11,5% para os sem rendimentos.

RESOLUÇÕES

CONVOCA A III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

Resolução n.º 305, de 14 de setembro de 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 13 e 14 de setembro de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando:**

- a) A Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999, que "acrescenta dispositivos à Lei 8.080, de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena", disciplinando a prestação de serviços no setor de saúde e estabelecendo a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, reconhecendo as especificidades sócio-históricas e culturais dos povos indígenas de acordo com os princípios constitucionais;
- b) O Art. 19-H, da Lei n.º 9.836 que estabelece que "as populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políti-

* Em próxima pesquisa, este percentual deverá acusar queda, inclusive por conta da significativa intensificação do PACS e PSF em 98,99 e 2000.

cas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso";

- c) A pouca representatividade e participação indígena nessas instâncias de controle social;
- d) As iniciativas tomadas no ano de 1999, visando a implantação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, muitos com abrangência intermunicipal ou interestadual, e a envergadura das ações para sua implementação com envolvimento de 343 municípios em 25 unidades federadas;
- e) A necessidade de avaliação do processo de organização dos serviços de atenção à saúde indígena, e de uma reflexão crítica sobre as estratégias a serem seguidas rumo à efetiva participação e controle social dos povos indígenas na consolidação do Sistema Único de Saúde;
- f) As limitações para tratar especificamente a questão da Saúde Indígena no espaço da Conferência Nacional de Saúde;
- g) A implantação do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas que foram elaboradas em outubro de 1993.

RESOLVE:

1. Propor a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Indígena com o mesmo tema central da XI Conferência Nacional de Saúde, "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à Saúde Indígena com controle social", a ser realizada no período de 14 a 18 de maio de 2001.

Aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde

APROVA DOCUMENTO SOBRE COMUNICAÇÃO E CONTROLE SOCIAL E REALIZAÇÃO DE OFICINA DE TRABALHO

Decisão n.º 001, de 14 de setembro de 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 13 e 14 de setembro de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando:**

a) Os trabalhos da Comissão de Comunicação Social do Conselho Nacional de Saúde que culminaram na elaboração do documento Comunicação e Controle Social: subsídios para o debate e formulação de uma política pública de

(tele) comunicações para a promoção e controle da cidadania;

b) Que a questão do acesso, da qualidade, da humanização dos serviços de saúde e do controle social no âmbito do SUS deverá ser o foco central da 11.ª CNS;

c) Que a perspectiva de garantia de acesso de importantes parcelas da população brasileira aos serviços de saúde e aos processos decisórios setoriais pressupõe a incorporação das (tele) comunicações;

d) Que não há no momento qualquer espaço formalizado de discussão sistemática voltado para a formulação de uma Política Setorial de Comunicação Social para o campo da saúde no Brasil;

e) Que em consequência desse vazio decisório não há qualquer atividade dirigida para a regulação e/ou controle de gastos com ações no campo (área) de Informação/Educação e Comunicação em Saúde;

f) Que desde a Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é possível identificar a implementação concreta de várias ações que têm ampliado os direitos de participação da sociedade, o acesso à informação, liberdade de expressão e comunicação no campo da saúde;

g) Que as diretrizes, propostas e estratégias formuladas coletivamente pelas Oitava, Nona e Décima Conferências Nacionais, delimitam com clareza e legitimidade os fundamentos de uma política pública para o exercício concreto, pela sociedade brasileira, destes direitos - pressupostos do direito à saúde;

h) Que o II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde (II ENC) - 1998 deu contornos mais amplos e precisos a esta Política, fazendo com que o papel tradicionalmente desempenhado pelas assessorias, programas, projetos e atividades oficiais de comunicação transcendesse em importância; deixou emergir mais claramente uma nova ética comunicacional que deve permeiar a relação, entre governos e sociedade, no contexto de consolidação de sistemas democráticos de governo;

i) Que os governos em todos os âmbitos da federação não são os únicos agentes produtores e emissores de informações em saúde, existindo no país um amplo e diversificado espectro de atores/produtores de informações em saúde, e utilizando-se de um diversificado e heterogêneo leque de tecnologias de comunicação e informação;

j) Que no caso da saúde, os Conselhos Nacional, Estaduais, Regionais, Municipais, Distritais e de Unidades de Saúde, junto a Universidades, Centros/Núcleos/Institutos de Pesquisa em Saúde Coletiva, entidades e movimentos da sociedade civil, legislativo, judiciário, Ministério Público,

gestores públicos e privados e cidadãos vem concretamente atuando como agentes de uma REDE de Produtores/Receptores de informações;

l) Que os princípios fundamentais que devem a reger a organização e funcionamento desta REDE, incorporando o aprendizado democrático da Internet, são a liberdade de expressão (exercício do direito à comunicação), a transparência, o direito à participação e o direito à informações de diferentes produtores e fontes nos mais diferenciados suportes técnicos;

m) Que as ações no campo das políticas de informações em saúde vem se desenvolvendo gradativamente a partir do acordo entre Ministério da Saúde e Secretários Estaduais de Saúde no sentido da implantação até 2003 da RNIS em todos os municípios brasileiros;

n) Que identifica-se nas instituições de saúde de âmbitos federal, estadual e municipais iniciativas fragmentadas e desarticuladas de ações nos campos da Informação, Educação e Comunicação (IEC);

o) Que o contexto de convergência entre as tecnologias de comunicação/informação requer um olhar ampliado sobre as novas possibilidades de incorporação das mesmas ao setor saúde;

p) Que a convergência apontada acima reduz distâncias no campo da assistência médica propriamente dita - diagnóstico, tratamento e questões que exijam uma "segunda opinião" - através da possibilidade de realização de teleconferências com transferência de imagens e informações médicas de forma muito mais ampla e econômica;

q) O atual estágio de desenvolvimento tecnológico na área das telecomunicações do país permite pensar em uma articulação em REDE não apenas das instituições de saúde, mas dos conselhos e movimentos sociais em saúde - onde visíveis desigualdades de acesso às tecnologias de Comunicação/ Informação prejudicam sua atuação;

r) Que esta perspectiva coincide com as formulações da 10.a CNS e de sucessivos debates coletivos de criação de uma rede de salas de situação - centros de documentação, informação, comunicação e educação em saúde - tornando-a factível no curto prazo;

s) Que a ANATEL, como agência reguladora do setor de telecomunicações, através de seu Comitê de Infra-estrutura Nacional de Informações, vem organizando discussões acerca das necessidades de infra-estrutura, em especial, para os setores de saúde e educação.

DECIDE:

1) Aprovar o Documento da Comissão Permanente de Comunicação Social do CNS "Comunicação e Controle Social: Subsídios para o debate e formulação de uma Política Pública de (tele)Comunicações para a promoção da saúde

e da cidadania" ; bem como autorizar a sua edição, revisão, resumo e publicação.

2) Recomendar a sua ampla divulgação para os Conselhos de Saúde, gestores do Sistema Único de Saúde e demais interessados; bem como sua distribuição como texto-referência da 11.ª Conferência Nacional de Saúde

3) Recomendar o subtema Comunicação Social e Saúde como estratégico para abordagem do tema Controle Social durante a 11.ª Conferência Nacional de Saúde.

4) Promover uma Oficina de Trabalho da Comissão de Comunicação do CNS em período que anteceda a 11.a Conferência Nacional de Saúde, no sentido de aprofundar as discussões e construir a viabilidade de propostas consideradas já consensuadas coletivamente durante os últimos grandes fóruns nacionais.

Aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde

RECOMENDAÇÕES

RECOMENDA AO GOVERNO FEDERAL QUE NÃO ESTABELEÇA RESTRIÇÕES NA LIBERAÇÃO DOS RECURSOS DO FGTS PARA O SANEAMENTO BÁSICO E SOLICITA ALTERAÇÃO DA RESOLUÇÃO 78/98 DO SENADO FEDERAL

Recomendação n.º 003, de 14 de setembro de 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 13 e 14 de setembro de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando:**

a) Que em vista do fato positivo da anunciada decisão do Governo Federal, que prepara proposta no sentido da retomada do financiamento do setor público de saneamento com recursos do FGTS, iniciativa que atende às diretrizes da Resolução N.º 302 do Conselho Nacional de Saúde;

b) Que se encontram disponíveis recursos no FGTS na ordem de R\$ 17 bilhões, sendo parte significativa passível de ser revertida em investimentos de saneamento, com inegáveis ganhos em qualidade de vida para a população brasileira;

- c) Que muitas autarquias de saneamento e companhias de saneamento estão em boa situação econômica e financeira, resultando em efetiva capacidade de endividamento, e têm receita própria, oriunda das tarifas;
- d) Que, por outro lado, muitos municípios e estados controladores daquelas autarquias e companhias estão sem qualquer capacidade de endividamento;
- e) Que cerca de 30 milhões de brasileiros dependem dos serviços municipais de água e esgoto, sendo que, dos 1.700 serviços municipais de saneamento existentes no país, cerca de 900 organizam-se em autarquias;
- f) As implicações da Resolução 78/98 do Senado Federal, que entre outras medidas condiciona o empréstimo a autarquias ao aval do seu ente federativo controlador;
- g) Que o governo federal está na iminência de implementar um amplo programa de ações visando alavancar os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) nos municípios brasileiros, prioritariamente de 14 estados das Regiões Norte e Nordeste, e esta proposta, denominada "Projeto Alvorada", deverá destinar recursos orçamentários de cerca de R\$ 2,6 bilhões para o saneamento, até o ano de 2002,

RESOLVE:

- 1) Recomendar ao governo federal que, ao especificar as medidas para aplicação de recursos do FGTS para o financiamento do setor público de saneamento, não estabeleça qualquer restrição em virtude da natureza jurídica do prestador de serviços, garantindo assim a elegibilidade segundo critérios sanitários, ambientais, epidemiológicos e de capacidade de pagamento dos prestadores.
- 2) Recomendar ao Senado Federal a alteração da Resolução Nº 78/98, de modo a permitir tratamento isonômico entre as autarquias de saneamento e as empresas públicas e sociedades de economia mista, isto é, a dispensa do aval do ente controlador mediante a garantia de pagamento em função da receita.
- 3) Recomendar ao governo federal a apresentação e discussão junto a este Conselho, dos critérios gerais do "Projeto Alvorada" e para a eleição, priorização, aplicação, fiscalização e prestação de contas dos recursos destinados às ações de saneamento e saúde nele previstos, bem como os mecanismos de controle social a serem exercidos pelos Conselhos Nacional, estaduais e municipais de Saúde.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Primeira Reunião Ordinária.

RECOMENDA QUE SE ESTABELEÇA DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Recomendação n.º 004, de 14 de setembro de 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 13 e 14 de setembro de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.080, de 19/9/90 e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e **considerando**:

- 1) o disposto nos artigos 6 e 8 da Lei 8.080/90, que tratam respectivamente da execução das ações de saúde do trabalhador e da organização regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, dos serviços de saúde;
- 2) as orientações presentes na Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS (Portaria n.º 3.120/98);
- 3) os procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS, estabelecidas na Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS), Portaria n.º 3.908/98;
- 4) a necessidade de estimular a gestão municipal e microrregional do SUS, orientando na execução de ações de saúde do trabalhador.

RECOMENDA:

Estabelecer diretriz para a organização das ações de saúde do trabalhador na esfera municipal e microrregional do SUS, com base na matriz anexa, adequados os modelos de competência à complexidade do Sistema Municipal de Saúde.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Primeira Reunião Ordinária.

PROPÕE A INCLUSÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA TABELA DO SIA/SUS

Recomendação n.º 005, de 14 de setembro de 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 13 e 14 de setembro de 2000, no

uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e **considerando:**

- 1) o artigo 6.º da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 19/9/1990), que dispõe sobre a execução das ações de saúde do trabalhador e seu artigo 8.º, que afirma que as ações e serviços de saúde serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente;
- 2) a Portaria n.º 3.908 de 30/10/1998, que estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS, por meio da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS);
- 3) que a assistência aos agravos à saúde relacionados com o trabalho (acidentes e doenças do trabalho) deve se dar a partir do nível básico de atenção à saúde;
- 4) que mais de 80% dos acidentes de trabalho são leves e não requerem assistência médica especializada nem hospitalar;
- 5) a necessidade de sistematizar, para fins de planejamento e gestão nas três esferas de governo, as informações de produção ambulatorial e de vigilância sanitária em saúde do trabalhador;
- 6) que a Resolução CFM n.º 1.488/98 afirma que é atributo de qualquer médico prestar assistência em saúde do trabalhador;
- 7) que a atual Tabela de Procedimentos do SIA/SUS não inclui os procedimentos de atenção à saúde do trabalhador no nível básico, remetendo-os apenas para médicos especialistas, assim como não inclui nenhum procedimento de vigilância sanitária específico da área de saúde do trabalhador e;
- 8) que diversos municípios executam ações de saúde do trabalhador, a partir do nível básico, estando impedidos de registrar no SIA/SUS os respectivos procedimentos, de assistência individual e de vigilância sanitária, por não estarem contemplados na Tabela de Procedimentos.

RECOMENDA:

Promover medidas para a inclusão dos procedimentos de assistência individual e de vigilância em saúde do trabalhador, na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS possibilitando a integralidade na execução dessas ações, tanto no nível básico de atenção, como no especializado.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Primeira Reunião Ordinária.

RECOMENDA O DEBATE E REALIZAÇÃO DE AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE O PROJETO DE LEI QUE DISPÕE SOBRE A ADMINISTRAÇÃO DOS RISCOS E DANOS DO TRABALHO

Recomendação n.º 006, de 14 de setembro de 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 13 e 14 de setembro de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e **considerando:**

- a) o "**Projeto de Lei s/n de 2000**", que dispõe sobre a administração dos riscos e danos do trabalho, apresentado para discussão pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), trata de matéria de interesse comum das instâncias gestoras do SUS, entre outros interessados;
- b) o projeto em discussão teve sua apresentação sustentada apenas nos dispositivos constitucionais relacionados com a Previdência Social e específico ao Seguro de Acidente de Trabalho (SAT) (inciso XXVIII do artigo 7º, § 10 do artigo 201), sendo lacunar no que se refere aos princípios e dispositivos constitucionais aplicados às temáticas do Trabalho e da Seguridade Social, especialmente os que tratam dos princípios, competências e atribuições do SUS, dispostos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal;
- c) as competências e atribuições definidas no referido projeto conflitam com as disposições da Lei n.º 8.080/90, quanto às condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, em especial, a organização da saúde do trabalhador (artigo 6.º, § 3.º e seus incisos);
- d) o projeto em tela não considerou nos seus dispositivos a relevância do trabalho praticado pelos diferentes níveis de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), que atende ao acidentado do trabalho e ao portador de doenças profissionais e do trabalho, atualmente sem ônus para a Previdência Social; e
- e) a proteção à saúde do trabalhador exige um tratamento harmônico orientado em função do trabalhador – aquele que está exposto aos riscos e aos danos, inerentes ao processo de trabalho – implicando em ações integradas envolvendo os Ministérios da Saúde, Trabalho e Emprego e Previdência e Assistência Social; os Empresários e os Trabalhadores.

RECOMENDA :

- 1) Posicionar-se contrariamente ao prosseguimento do processo de encaminhamento ao Congresso Nacional do "Projeto de Lei" referido.
- 2) Dirigir-se ao Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde, solicitando expressar sua discordância ao conteúdo do projeto em tela, na forma que foi apresentado, bem como providências para sustar qualquer trâmite oficial, até que haja um entendimento definitivo entre as partes interessadas na matéria.
- 3) Dirigir-se às Comissões do Poder Legislativo, que lidam com as áreas da Saúde, Trabalho e Previdência Social, solicitando-lhes a promoção de audiências públicas sobre a matéria do projeto em debate, com a participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS).
- 4) Considerar a necessidade de articular as ações de proteção à saúde do trabalhador, em sistema operacional específico, que envolva as instâncias gestoras do SUS, sob a coordenação nacional do Ministério da Saúde, e os órgãos especializados dos Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência e Assistência Social, constituindo-se para tal fim grupo de trabalho a ser estabelecido pelos Ministros de Estado das partes envolvidas. O Grupo de Trabalho, além das atribuições de conformar a proposta de organização sistêmica recomendada, poderia proceder a análise e revisão, no âmbito governamental, do "Projeto de Lei" em debate.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Primeira Reunião Ordinária.

ENTIDADES REPRESENTADAS NO CNS:

- Ministério da Saúde
- Ministério da Educação e do Desporto
- Ministério do Trabalho e Emprego
- Ministério da Agricultura e Abastecimento
- Ministério da Previdência e Assistência Social
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

REPRESENTANTES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

- Conselho Federal de Medicina
- Associação Médica Brasileira
- Federação Nacional dos Médicos
- Entidades Nacionais de Outros Profissionais

da Área de Saúde

REPRESENTANTES DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

- Confederação Nacional das Santas Casas de Misericórdia
- Confederação Nacional dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde
- Federação Brasileira de Hospitais
- Associação Brasileira de Hospitais
- Associação Brasileira de Medicina de Grupo
- UNIMED do Brasil
- Federação Nacional das Seguradoras

REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS, SOCIEDADE CIVIL E COMUNIDADE CIENTÍFICA:

- Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos
- Movimento das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
- Central Única dos Trabalhadores
- Força Sindical
- Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
- Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas
- Grupo pela Vidda
- Federação Brasileira de Renais Crônicos
- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/SBPC
- Pastoral da Criança/CNBB
- Confederação Nacional das Associações de Moradores
- Confederação Nacional da Agricultura
- Confederação Nacional do Comércio
- Confederação Nacional da Indústria
- União Brasileira de Cegos
- Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi

Ety * i
 Q#U#i/yq0tu0S; }S-yss' z;0c;syq|0t;0S^c
 S; ~#u |x; 0^qsy; ~q | 0tu0cqtu
 E#|q-qtq0t;Y0}y-y#f /y1#0-OR| is;0,iW
 Q-u"; 0=0Q|q|RO=0#40Q-tq/
 cq| q#0ABH0q0ADG0=0SE' 0G@#H-I@@
 R/q# |yq#IV
 V; ~u#J08FA90BBE=FFCB00BFF=HH#C
 CAE=BAE@00CAE=BAEA
 Vq"J08FA90CAE=BDAD00CAE=BDGB
 u;#y/ J0s-#P#Stu-wi#>#>0
 x#f#J?#s; ~#u|x; >#qStu-wi#>#>
 b;#z; ~0L#f /q' z; ~0 y' c' U#z; 0; 0c#q#u-f i
 Etyfi/q0S; i; tu-q' z; 0tu0 /; su#; 0Elyfi/yq| ?]c



11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

O Brasil falando como quer ser tratado

mesas-redondas

Avaliação do Controle Social nos 10 anos do SUS: a construção do acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde

Financiamento e responsabilidades das 3 esferas político-administrativas para garantir o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social

Modelo Assistencial e de Gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde

painéis temáticos

Saúde e trabalho

Política de saúde indígena

Violência e saúde

Política de saúde mental

Saneamento, Meio Ambiente e Saúde

Comunicação social e saúde

Insumos e medicamentos na garantia de acesso à saúde

Recursos Humanos para o SUS