




JORNAL DO CNS

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

PUBLICAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE · ANO 6 · JULHO/AGOSTO DE 2010 · ISSN 1809-3493

14ª Conferência Nacional de Saúde começa a ser definida



O Grupo de Trabalho criado para definir a formatação da 14ª Conferência Nacional de Saúde apresentou, durante a Reunião Ordinária do mês de julho, suas propostas preliminares.

A necessidade de construção de estratégias que envolvam a sociedade brasileira como um todo foi um dos consensos do Pleno que apoiou integralmente a proposta de ênfase nas Conferências Municipais.

Os Conselheiros debaterão, agora, a temática da Conferência e definirão os membros da Comissão Organizadora e Comitê Executivo. Ao final do processo, todas as definições, inclusive de calendário, são fechadas em uma resolução e encaminhadas ao Ministro da Saúde, para homologação.

A Conferência Nacional de Saúde é realizada a cada quatro anos e se configura como o momento máximo de discussões e deliberações de políticas públicas de saúde para os anos seguintes.

A última Conferência, realizada em 2007, reuniu quase 5 mil pessoas, entre delegados, observadores e convidados, e se consagrou como o maior encontro do setor saúde do planeta. Dos 5.564 municípios brasileiros, 4.430 realizaram suas Conferências Municipais, 77% dos municípios do País.

Conferência de Saúde Mental é
contra a terceirização

Página
3

A diferença de classe e o retorno da
saúde pública para pobres e ricos

Página
6

CNS debate resultados da auditoria
sobre o cumprimento da EC 29/2000

Página
7

O Conselho Nacional de Saúde deflagrou a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Com uma antecedência inédita, já aprovamos um calendário preliminar e a Comissão Organizadora começará a tratar do Regimento e Regulamento, bem como do tema central e eixos temáticos a serem debatidos em todo o País.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde conseguiu avançar bem em aspectos que vinham sendo, de forma unânime, apontados como graves problemas em, pelo menos, nas três Conferências anteriores.

Dessa maneira, tivemos na 13ª a maior participação quantitativa das últimas edições, uma metodologia que permitiu a todos os participantes o acesso e o debate a todos os eixos temáticos e, por fim, a Plenária Final pode acontecer dentro do prazo estabelecido na programação oficial.

A metodologia adotada permitiu que o debate pudesse acontecer de maneira mais democrática e de acordo com os interesses da maioria dos delegados, convidados e observadores, que é o grande objetivo de um evento com tamanha responsabilidade.

É certo que precisamos avançar e qualificar mais ainda todo o processo. Superando a regra profundamente limitadora das etapas ditas regionais, não temos dúvidas de que a nossa grande prioridade devem ser as Conferências Municipais; devemos nos empenhar com todos os esforços que dispomos, na perspectiva de realizarmos pela primeira vez na história, Conferências em todos os municípios do País. Dessa maneira teremos em cada recanto do Brasil, o diagnóstico e o levantamento corretos das necessidades imediatas e das ações a serem colocadas em prática.

Temos a convicção de que cumprindo esse objetivo, teremos dado o salto de qualidade que repercutirá imediatamente nas etapas estaduais e nacional. Essas, devem ser o espaço de ressonância para o aprofundamento do debate das diferentes realidades do nosso País e suas relações e repercussões com os governos estaduais e federal.

Com as pequenas correções que julgamos necessárias na metodologia da Etapa Nacional, temos a certeza de que estaremos dando conta dos desafios que foram colocados nos últimos anos durante as Conferências e no processo de participação da comunidade no SUS por meio dos Conselhos de Saúde.

Restará, então, um desafio tão grande quanto: conseguirmos definitivamente tornar prática corrente no nosso País, a obediência por parte dos governos, das decisões soberanamente emanadas pela população por meio das Conferências. Afinal, uma Conferência de Saúde não pode mais continuar sendo apenas e tão somente um encontro. Suas decisões devem ser efetivamente obedecidas. Essa mudança exige não somente vontade política, mas principalmente um empenho absoluto e ininterrupto de todos, com vistas a superação da lógica profundamente arraigada no autoritarismo e na impunidade que infelizmente tem historicamente nos caracterizado.

Ministro Temporão garante a republicação da Portaria 1.034/2010

No dia 14 de julho, a Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde reuniu-se em audiência com o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão. Também participaram da reunião, a Secretária-Executiva do Ministério, Márcia Bassit e a Diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Cleusa Bernardes.

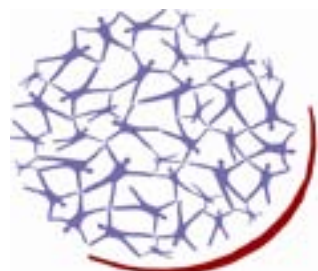
Ao tratar da Portaria n.º 1.034/2010, que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do SUS, ficou decidido que ela será republicada com as devidas alterações acordadas com o Pleno do CNS, o que deverá acontecer em poucos dias.



Conselheiros da mesa diretora com o Ministro Temporão e a Secretária-Executiva, Márcia Bassit

Portaria Interministerial designa Comissão Organizadora da I CMDSUSS

Foi publicada, no Diário Oficial da União, de 16 de agosto de 2010, a Portaria Interministerial n.º 2.303 entre o Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência Social (MPS) e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), designando oficialmente a composição da Comissão Organizadora da I Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social.



IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma posicionamento contrário à terceirização

Após a realização de 359 conferências municipais, 204 conferências regionais e 27 conferências estaduais de saúde mental com o envolvimento de 46 mil pessoas de todo o País, foi realizada, entre 27 de junho e 01 de julho, em Brasília, a etapa nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (IV CNSM-I). A Conferência teve como tema principal a *Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios* discus-



Francisco Batista Júnior, Presidente do CNS

tido a partir de três eixos temáticos: I - *Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais*; II - *Consolidando a rede de atenção psicossocial e fortalecendo os movimentos sociais*; III - *Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial*.

Para o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, a Política de Saúde Mental deve ser aperfeiçoada, mas jamais substituída. “Os que pensam em estancar a Reforma que saibam que ela veio para ficar” e completou dizendo que a saúde mental não pode ser vista apenas sob o ponto de vista médico, mas também pelos direitos humanos. “Propor apenas a internação é uma ação reducionista e irresponsável”.

Participando do debate referente ao eixo I, o Presidente do Con-

selho Nacional de Saúde (CNS), Francisco Batista Júnior, apontou o financiamento insuficiente, manutenção do modelo curativista e hospitalocêntrico, privatização dos serviços e da gestão, precarização do trabalho e controle social fragilizado como alguns dos motivos da desassistência na saúde brasileira. Francisco Júnior defendeu o resgate do conceito legal da seguridade social, a regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, a carreira única do SUS e o serviço civil em saúde como algumas das formas de trazer melhorias para a área da saúde.

O Coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde e Presidente da IV Conferência, Pedro Gabriel Delgado, apontou a intersetorialidade como caminho e futuro a ser construído para a saúde mental. Na oportunidade, Delgado também reforçou a importância da compreensão de que uma Política de Saúde Mental e atendimento clínico devam andar juntos, “um deve nutrir o outro, em uma interação e diálogo permanentes”.

O CNS participou de diversas atividades entre painéis e grupos de trabalho, como o referente à participação social, formulação de políticas e controle social; Desafios da Formação e Educação Permanente no SUS; Gestão do Trabalho em Saúde Mental; Financiamento; Garantia de acesso universal em Saúde Mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/etnia, gênero, orientação sexual e identidade de gênero; Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde.

Ao final, a IV CNSM-I avaliou 1.265 propostas, que, a exemplo dos debates, foram analisadas seguindo os três eixos temáticos.



Conselheira Ruth Bittencourt durante a oficina sobre seguridade social

A Conferência rechaçou qualquer forma de terceirização na saúde mental. Assim, as propostas que abriam para a possibilidade de parcerias com entidades privadas, fundações e organizações diversas foram suprimidas pelos mais de mil delegados presentes.

Foram apontadas e aprovadas, ainda, como forma de consolidar a rede de atenção psicossocial, dentre outras, a implementação e ampliação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, já aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, e a garantia de meios para a “implementação de estratégias eficazes para acolher questões de gênero, de raça/cor e etnia, LGBT e da diversidade”. A efetivação do Controle Social foi contemplada em mais de dez propostas, como, por exemplo, a garantia, junto aos Conselhos de Saúde, em todas as esferas, da criação de Comissões de Saúde Mental.

A regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, bem como melhores condições de trabalho aos profissionais, também foram reivindicações da IV CNSM-I. O relatório final será encaminhado ao Ministério da Saúde para implementação das ações propostas.



CNS recomenda que Estado indenize filhos separados dos pais na época do isolamento compulsório por hanseníase



Da esquerda para a direita: Maria Teresa Silva, Isabela Goulart, a Conselheira Jurema Werneck, Érika Pisaneschi e Eduardo Hage

Para tratar da Política de Controle da Hanseníase, o CNS recebeu o Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, Eduardo Hage, a Coordenadora do Centro de Referência Nacional em Hanseníase, Isabela Goulart, a Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde, Érika Pisaneschi, e a Coordenadora da Comissão dos Filhos Preventórios do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), Maria Teresa Silva Santos Oliveira.

Dados preliminares de 2009 mostram 36.718 novos casos de hanse-

Seppir apresenta ao Pleno do Conselho o Estatuto da Igualdade Racial

Outro tema da pauta da Reunião Ordinária do CNS foi o Estatuto da Igualdade Racial. Segundo a Conselheira Nacional de Saúde, Jurema Werneck, foram excluídos do Estatuto a implementação de planos e execução de políticas de saúde que contemplem ações como redução da mortalidade materna entre negras e todos os tipos de cotas. “É lamentável que o texto do Estatuto não possa garantir e proteger, de fato, os direitos à população negra”, avaliou.

Na opinião de João Carlos Nogueira, Secretário-Adjunto da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), “o documento pode até não ser o ideal, mas institui uma nova ordem, garante novos direitos e ratifica os que já existem”.

Para Martvs Antonio Alves das

niase detectados no País, 55,2% de incidência em homens e 7,1% em crianças. Segundo Eduardo Hage, a Política hoje envolve, além da atenção básica, mecanismos de gestão com foco na descentralização, o que tem permitido a ampliação do seu alcance. A médica sanitária Isabela Goulart destacou a necessidade do trabalho de equipes multiprofissionais para ajudar na reabilitação dos pacientes.

Maria Teresa Oliveira, que passou pelo drama de ser separada da família, foi enfática: “nós temos uma dívida histórica com essas pessoas. Existe uma gama de brasileiros que precisam de ajuda. É preciso resga-

Chagas, Secretário de Políticas de Ações Afirmativas da Seppir, a sociedade sempre anda à frente dos governos, e “nem sempre se faz o que precisa ser feito. O importante é dar o devido valor a esse avanço, ainda que pequeno”.

O Estatuto da Igualdade Racial foi sancionado pelo Presidente Lula no dia 20 de julho.



Martvs Antonio Alves, Secretário de Políticas de Ações Afirmativas da Seppir

tar o que nos foi tirado”, declarou.

O CNS aprovou uma recomendação à Presidência da República, à Secretaria Especial de Direitos Humanos e à Defensoria Pública da União em apoio à proposta de que o Estado brasileiro peça desculpas pelo erro cometido com a separação das famílias e ofereça uma indenização a essas pessoas. O Pleno aprovou, ainda, a formulação de um convite para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) apresente ao CNS informações sobre a Resolução 423, que traz proposta para agilizar o fluxo de liberação de doações internacionais de medicamentos e insumos para programas estratégicos do Ministério da Saúde.

CNS apoia campanha Voto não tem preço. Saúde é seu direito

O Movimento de Combate à Corrupção Eleitoral (MCCE) lançou a cartilha *Voto não tem preço. Saúde é seu direito*. A publicação faz parte da campanha liderada pelo Movimento e é uma importante ferramenta de informação sobre os direitos na saúde garantidos por lei e que não podem ser trocados por voto.

O Diretor-Executivo do MCCE, Carlos Alves Moura, falou da importância simbólica da oportunidade de lançarem a cartilha na reunião do CNS e da vitória do movimento com a aprovação do Projeto “Ficha Limpa”. A Conselheira do CNS e Diretora-Executiva do MCCE, Jovita José Rosa, falou da necessidade de o dinheiro da saúde ser aplicado somente na área e que o direito de votar não pode ser moeda de troca em um processo eleitoral.

O Presidente do CNS, Francisco Batista Júnior, lembrou que a saúde é um dos campos mais férteis para a corrupção e a vigília por parte do Controle Social deve ser constante. Houve consenso em relação à necessidade de envolvimento de todas as entidades e divulgação da campanha, que pode ser acessada no site www.mcce.org.br.

Aprovada resolução de alteração das Comissões



O Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº. 435, que prevê alteração em seu regimento interno no que diz respeito às Comissões.

Conforme o novo documento, as Comissões “poderão ter suas reuniões e atividades temporariamente suspensas pelo Pleno do CNS após considerar a sua agenda de prioridades, o Planejamento do CNS e a seleção de temas ao longo do ano para a composição da pauta das Reuniões Ordinárias”.

Outra alteração diz respeito ao número de Comissões que cada Conselheiro poderá participar; de acordo com o

novo documento, esse número cai de três para dois. “As Comissões deverão ter a composição, frequência de seus componentes nas reuniões, funcionamento e as atribuições avaliadas e publicizadas anualmente pelo Pleno do CNS, que deliberará pela sua manutenção, suspensão temporária das atividades, alteração ou extinção”.

A nova resolução faz parte de um processo de reestruturação das Comissões que o CNS pretende realizar até 2011 e pode ser consultada, na íntegra, no site do CNS.

Resolução CNS nº. 333 - Durante a reunião de agosto o Pleno do CNS iniciou a revisão da Resolução CNS n.º 333/2003, que dispõe sobre as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. O Grupo de Trabalho já elaborou uma sugestão de alteração do texto da resolução e encaminhou aos Fóruns que compõem as entidades do CNS para apresentarem sugestões.

Cartão SUS, a identidade do cidadão

Também na Reunião de agosto, a Secretária-Executiva do Ministério da Saúde (MS), Márcia Bassit, apresentou ao Pleno uma proposta de *Revitalização do Cartão SUS*. Segundo a Secretária, trata-se de um processo em construção, mas garante “que a proposta é viável e sustentável”.

De acordo com Márcia Bassit, trata-se de um projeto de longo prazo, mas que permitirá ao cidadão, sempre que necessário, ter acesso ao conjunto de informações em saúde a partir de registros eletrônicos de seus atendimentos no SUS. O Cartão vincula o usuário, o profissional, o estabelecimento de saúde e o conjunto de serviços ofertados pelo SUS, de forma integral, uma vez que possibilitará, por exemplo, a identificação completa de todos os profissionais e serviços envolvidos. Outra novidade está no sistema de compensação e operacionalização do ressarcimento ao SUS. Com o advento do novo cartão essa antiga demanda poderá ser finalmente atendida.

Ilara Hämmerli, membro da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS (Cisis/CNS), ressaltou a importância desta identidade de cidadania que é o Cartão SUS. De acordo com ela, o Cartão foi uma resposta a uma



Ilara Hämmerli e Márcia Bassit

proposta feita aos gestores do SUS, por ocasião da 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996. “O Cartão é um patrimônio, uma conquista de toda a sociedade brasileira”.

Na avaliação de Ilara Hämmerli, as diferentes iniciativas implementadas até hoje relacionadas ao efetivo funcionamento do Cartão SUS trouxeram poucos benefícios à população e à gestão do SUS, apesar dos vultosos investimentos públicos realizados. De acordo com Ilara, um montante de “R\$400 milhões com serviços terceirizados de 2000 a 2008”. Ela garante que hoje a grande preocupação recai diretamente sobre o risco de desgaste da nova proposta diante dos quase cem mil cidadãos brasileiros cadastrados até agosto de 2010.

Ilara Hämmerli defende, ainda, a ideia de que o Brasil precisa ampliar o debate sobre o Cartão SUS para que seja fruto de um processo democrático de construção coletiva. Além disso, a participação dos Conselheiros de Saúde no desenvolvimento e implantação do Cartão deve ser assegurada, bem como o investimento na qualificação e formação permanente dos profissionais das equipes de informação e tecnologia da informação do SUS nas três esferas de governo, para que rapidamente alcancem alto grau de excelência.

Dentre os questionamentos levantados pelo Pleno estão o fato de o Ministério da Saúde ainda não ter apresentado um calendário de implantação da proposta; o gasto de 400 milhões de reais, sobre os quais o CNS pretende avaliar a prestação de contas; a terceirização dos serviços de informática, uma área vital e estratégica para a viabilização da proposta; e a possibilidade de os municípios não aderirem. Todas essas questões serão aprofundadas na próxima reunião da Comissão de Comunicação do CNS.

Ao final da 212ª RO foi aprovado como encaminhamento que sejam feitos debates dentro das instituições que compõem o Pleno do CNS, dentre outras propostas.

A diferença de classe e o retorno da saúde pública para pobres e ricos

Em maio deste ano, o Ministro relator do Supremo Tribunal Federal (STF), Celso de Mello, julgou uma ação impetrada pelo Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers) permitindo a cobrança de “diferença de classe” para um paciente do município gaúcho de Giruá.

A diferença de classe foi extinta em 1991, juntamente com o Inamps, e permite que o paciente pague ao hospital credenciado a diferença entre o que o SUS oferece a todos os brasileiros para um atendimento padrão e o necessário para ocupar um quarto privativo e diferenciado, além do médico da sua escolha. No entanto, os medicamentos e os exames eventualmente solicitados pelo médico particular continuariam sendo custeados pelo serviço público.

Sob o argumento de que a decisão pode garantir ao cidadão o direito à liberdade de escolha, as entidades interessadas não revelam, no entanto, que a medida, além de caracterizar uma clara reserva de mercado, institucionalizará o desrespeito às filas, uma vez que os médicos poderão levar os pacientes dos seus consultórios para um lugar diferenciado financiado pelo setor público. “Isso é um retrocesso aos tempos em que tínhamos cidadãos de classe diferente e atendimento diferenciado no SUS, ou seja, é o fim de um princípio basilar e fundamental do Sistema Único de Saúde, a universalização igualitária e democrática”, diz Francisco Batista Júnior, Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para Valdevir Both, Diretor do Centro de Educação e Assessoramento Popular (Ceap), a decisão viola a Constituição Federal de 1988. “Esta decisão do Supremo fortalece duas filas, dois tipos de atendimento.

Um para os que podem pagar e outro para os que não podem, os pobres. Aos primeiros, um atendimento digno; aos últimos, uma pequena cesta básica, um mínimo em nome do ‘possível’, mesmo que isso lhe custe sofrimento ou até mesmo a morte. A gravidade é que essa prática desconsidera o conteúdo fundamental dos direitos humanos, que exige que a política pública não faça nenhuma distinção entre as pessoas na efetivação dos seus direitos”.

A decisão refere-se especificamente a Giruá, mas seguem tramitando outras ações do Cremers, envolvendo Porto Alegre e mais dez cidades gaúchas que têm o SUS municipalizado. A preocupação é de que a medida atinja essas outras ações em curso no Supremo.

Para impedir que isso aconteça, o CNS compôs uma comitiva formada pelo Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES-RS), parlamentares, prefeitos, secretários de Saúde, Procuradoria do Estado, associações, Conasems e Conass, que participou, no dia 8 de julho, de uma audiência com o Ministro do STF, Carlos Ayres Britto.

Com a audiência, pretende-se que o Supremo reveja seu entendimento a respeito do caso. Ao qual, segundo Ayres Britto, será dada atenção especial. O Ministro ouviu da comitiva as consequências e repercussão da decisão no SUS e se mostrou preocupado com o problema. “Foi uma reunião muito boa e acredito que conseguimos sensibilizar o Ministro Ayres Britto para analisar o caso com mais precisão e com uma visão diferente do que vinha sendo feito”, disse o Presidente do CES-RS, Carlos Alberto Ebeling Duarte.

Fonte: Ceap

Câmara de Vereadores debate o risco das fundações na Saúde Pública

O Conselho Municipal da Saúde de Porto Alegre promoveu, no dia 19 de julho, na Câmara de Vereadores, a mesa redonda *O risco das fundações na saúde pública*. Aberto ao público, o evento ocorreu no momento em que o sistema de saúde pública de Porto Alegre enfrenta uma série de denúncias de irregularidades.

Francisco Batista Júnior, Presidente do CNS, alertou que o “problema do Sistema Único de Saúde (SUS) não é apenas financiamento, tampouco só gestão”, garante. “E estão tentando dar cabo ao que há de mais moderno e concreto neste País, que é a legislação do SUS”.

Cláudio Augustin, Presidente do Sindicato dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul (Sind-



Francisco Batista Júnior, Presidente do CNS

sepe) e representante do Conselho Estadual de Saúde, também criticou o projeto que pretende transferir para uma fundação a gestão da saúde em Porto Alegre. Para ele, uma fundação pública de direito privado não pode gerir um serviço público. Augustin observou que a

Constituição Federal de 1988 estabelece que “saúde é direito de todos e obrigação do Estado” e destacou que a falta de regulamentação, por Lei Complementar, como prevê o artigo 37, inciso XIX, da CF/88, impede que Fundações sejam criadas no ordenamento jurídico brasileiro.

O Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre, Carlos Henrique Casartelli, contestou todos os argumentos e destacou as necessidades e as deficiências encontradas no gerenciamento do SUS pelos municípios. “O SUS é um sistema que tem problemas de financiamento e em primeiro lugar é preciso mudar a forma de gestão na saúde”, defendeu.

CNS debate resultados da auditoria sobre o cumprimento da EC 29/2000

No dia 12 de agosto, em sua 212ª Reunião Ordinária, o Pleno do CNS debateu as auditorias realizadas pelo Departamento Nacional de Auditorias do SUS (DenaSUS) sobre o cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29/2000 (EC 29) nas 27 Unidades da Federação.

Segundo Luiz Carlos Bolzan, Diretor do DenaSUS, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Sgep) entende a ação como um instrumento de qualificação da gestão “e compreende que a correta e eficiente administração dos recursos públicos é indispensável para o desenvolvimento das atividades e o cumprimento da função do Estado de fortalecer a cidadania e elevar a qualidade de vida”.

A maioria dos Estados (16 em 2006 e 17 em 2007) não cumpriu a EC 29, aplicando percentual abaixo do mínimo de 12%, conforme antecipou o Jornal do CNS no mês de junho. Como consequência disso, o montante não aplicado em saúde nos Estados atingiu R\$ 5.986 bilhões e R\$ 6.053 bilhões nos anos de 2006 e 2007.

Os resultados mostram que além dos 27 Estados realizarem despesas indevidamente classificadas como sendo ações e serviços de saúde, a maioria teve as contas aprovadas pelos respectivos Tribunais de Contas (26 em 2006 e 24 em 2007). Já em relação à aprovação das contas pelos

respectivos Conselhos de Saúde foram oito em 2006 e 10 em 2007.

Quatro Estados em 2006 e cinco em 2007 fizeram aplicações financeiras dos recursos do SUS em prejuízo das ações e serviços de saúde, que totalizaram R\$ 216 milhões em 2006 e R\$ 403 milhões em 2007.

“**Dizer que não há balizamento jurídico na definição do que são ações e serviços de saúde é desconsiderar o valor da Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde.**”

Elias Antônio Jorge

Para René Santos, representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), a avaliação dos resultados da auditoria deve ser feita sob uma ótica e em um cenário mais amplos. Sob o ponto de vista do financiamento, ele chamou atenção para a redução da participação da União – de 60% para 40% – e evolução das participações dos Estados e Municípios – de 19% para 27% e de 22% para 28%, respectivamente.

Na opinião de René Santos, há um impasse na definição do que são ações e serviços em saúde. “A Resolução 322/2003 do CNS e a Portaria 2047/2002 não são suficientes para dirimir essa questão. Não há, ainda,

um arcabouço jurídico, daí a necessidade de regulamentação da EC 29”. René Santos chamou atenção, ainda, para o fato de os Tribunais de Contas Estaduais (TCEs) terem aprovado as contas. “O que demonstra que não há situação de ilegalidade”. Na sua avaliação há indícios de que esse panorama comprovado já se modificou em grande parte dos Estados nos dois últimos anos.

Confortável no debate, o representante do Conasems, Arilson da Silva Cardoso, destacou que todos os municípios brasileiros cumprem a Emenda Constitucional nº. 29, aplicando o mínimo de 15% na saúde. “Sofremos a pressão na ponta e a população não quer saber se vem dinheiro da União ou do Estado, ela quer ser atendida”. Arilson disse, também, que para os municípios, na prática, não existe a necessidade de definição do que são ações e serviços de saúde.

Para Elias Antônio Jorge, Diretor do Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde, dizer que não há balizamento jurídico na definição do que são ações e serviços de saúde é desconsiderar o valor da Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde, “da qual todos aqui participaram da elaboração e é considerada em todas as situações. Não existe um vazio legal em relação a isso”.

Cofin apresenta relatório sobre as auditorias

A Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS) apresentou ao Pleno relatório referente aos resultados das auditorias realizadas pelo DenaSUS. Para os membros da Cofin, a ação é um valioso instrumento a serviço do interesse público, “à medida que a aplicação mínima não se restringe ao cumprimento do percentual mínimo (em muitos casos não atendidos), mas à forma como esse gasto é realizado”.

O Pleno do CNS aprovou os encaminhamentos propostos pela Cofin no sentido de reafirmar as deliberações do CNS em sua 208ª Reunião Ordinária, dentre elas, o fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria nas três esferas de governo; implantação de um processo de planejamento e execução de ações de auditoria de forma integrada entre as três esferas de governo; estabelecimento de mecanismos para a efetiva circulação dos relatórios do Sistema nas três esferas de governo e nos respectivos Conselhos de Saúde.

O Pleno aprovou, ainda, que o trabalho de auditoria nos Estados faça parte da agenda anual do DenaSUS; uma reunião com a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon) e com os Procuradores de Contas; reunião com os Conselhos Estaduais de Saúde com o objetivo de buscar um alinhamento nas análises das prestações de contas trimestrais e do Relatório Anual de Gestão (RAG) de cada Estado; encaminhamento do relatório da Cofin ao Ministério Público Federal e aos respectivos Estados para análise e estudo de mecanismos que garantam a aplicação imediata dos valores que não foram destinados pelos Estados para ações e serviços de saúde nos anos de 2006 e 2007; que a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa proponha aos Estados a adesão ao Termo de Ajuste Sanitário; e a realização de auditorias com o mesmo teor nos três níveis de governo; dentre outros encaminhamentos.

Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher (Cismu): um marco da luta das mulheres no Controle Social

Criada com a finalidade de assessorar o Pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher (Cismu) foi instituída em 1993, pela Resolução CNS nº. 039, de 4 de fevereiro de 1993, e sua estruturação e composição atual estão dispostas na Resolução CNS nº. 383, de 14 de junho de 2007. Constituída por doze integrantes, nesta Comissão estão presentes mulheres que representam a academia, entidades profissionais especializadas, órgãos públicos, ao lado de segmentos de usuárias do SUS, de organizações de mulheres negras, lésbicas e entidades feministas que atuam especificamente na área da Saúde da Mulher.

Os principais objetivos da Cismu são o de subsidiar o CNS na avaliação das condições de saúde da mulher, e nas questões específicas da saúde das mulheres em sua interface com as demais políticas de saúde; apoiar a mobilização dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde na constituição de Comissões Intersectoriais de Saúde da Mulher no âmbito destes conselhos; fortalecer o Controle Social sobre as ações de saúde para as mulheres propostas pelo gestor federal e desenvolvidas pelas três esferas de governo, no âmbito do Sistema Único de Saúde; e garantir uma política de saúde para as mulheres que respeite os direitos humanos, sexuais e reprodutivos, e sua autonomia como cidadãs.

Ao longo de sua existência, a Cismu propôs várias resoluções e recomenda-

ções referentes à saúde da mulher, que podem ser acessadas em www.conselho.saude.gov.br.

Para as mulheres, é fundamental que a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da sua saúde seja garantida de forma integral e equitativa pelos serviços de saúde. Todavia, de acordo com a Coordenadora da Comissão, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, a Santinha, uma resposta satisfatória deve compreender na sua essência o entendimento de que “cada mulher carrega sobre os ombros um peso milenar de discriminação social, onde até os dias atuais ela ainda é reconhecida como um ser inferior ao homem, razão pela qual é violentada cotidianamente dentro e fora do seu lar”.

Além disso, completa a Coordenadora, “a assistência para prevenir ou interromper gravidezes indesejadas, infelizmente, muitas vezes encontram-se orientadas por crenças religiosas e discriminatórias, contribuindo para um alto índice de mortalidade materna.” Por essas e outras razões, garante Santinha, que “as mulheres precisam continuar lutando pelo controle do seu corpo e de sua sexualidade”.

Com a existência e o funcionamento da Cismu o CNS passou a ter um olhar diferenciado e específico que valoriza a Política Nacional de Saúde da Mulher buscando reforçar mecanismos que possibilitem uma melhoria da qualidade de vida destas mulheres.



**Conselho
Nacional
de Saúde**

Presidente: Francisco Batista Júnior
Secretária-Executiva: Rozângela Camapum

Equipe de Comunicação:
Denise Miranda – Jornalista (4184 JP/DF)
Eva Patrícia – Jornalista (3240 JP/DF)
Renata Mendes – Jornalista (2782 JP/DF)
Verbena Melo – Jornalista (3836 JP/DF)
Willian Barreto – Técnico em Informática
Wilany Santos – Técnico em Informática

Diagramação: Willian Barreto

Tiragem: 30.000 exemplares

Esplanada dos Ministérios, Bloco G
Anexo B, 1º Andar - Sala 109B
CEP: 70058-900 - Brasília, DF
Telefone: (61) 3315-2150
Fax: (61) 3315-2414
Correio Eletrônico: cns@saude.gov.br
Site: www.conselho.saude.gov.br