

RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS



DEMOCRACIA E SAÚDE

"SAÚDE COMO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS"

AMAZONAS
1 a 3 de julho de 2019

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte
Bibliotecária Responsável: Thaís Lima Trindade – CRB11/ 687

A489r Amazonas. **Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.**
Relatório Final da 8º Conferência Estadual de Saúde do Amazonas /
Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Conselho Estadual de Saúde.
_ Manaus: Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, 2019.
112 p.: il., color; 31cm.

Coordenador Geral: Rodrigo Tobias de Sousa Lima.
Relatora Geral: Mary Anne Araújo Delgado.

1. Saúde pública - Amazonas. 2. Amazonas – Sistema Único de Saúde. 3.
Saúde - direito. I. Lima, Rodrigo Tobias de Sousa. II. Delgado, Mary Anne
Araújo. III. Título.

CDD – 363.811 3

RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS



RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS



RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS



**CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS
COMISSÃO DE RELATORIA**

**8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS
DEMOCRACIA E SAÚDE
"SAÚDE COMO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO E FINANCIAMENTO
DO SUS"**

RELATÓRIO FINAL

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

Wilson Miranda Lima
Governador

Carlos Alberto Souza de Almeida Filho
Vice-Governador

Rodrigo Tobias Sousa Lima
Secretário de Estado de Saúde do Amazonas
Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE**

Presidente de Honra da 8ª Conferência Estadual de Saúde
Wilson Miranda Lima

Coordenador Geral da 8ª Conferência Estadual de Saúde
Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Coordenadores Adjuntos da 8ª Conferência Estadual de Saúde
Cássio Roberto do Espírito Santo
Daniele Reis de Araújo Magalhães
Dayana Priscila Mejia de Souza
Vanessa Lima do Nascimento

Conselheira Nacional de Saúde
Vanja Andrea Reis dos Santos

Secretária Executiva do Conselho Estadual de Saúde
Ana Eli Vasconcelos Guimarães

SECRETARIA GERAL

Ana Eli Vasconcelos Guimarães
Margarida da Mota Queiroz
Maria do Rosário Pessôa Valente
Radija Mary Costa de Melo Lopes
Sandra Melo Lima
Suziele da Costa Lima
Suzy Oliveira Ribeiro
Telma da Conceição S. A. Pereira

CERIMONIALISTA

Antônio Daniel Silva de Almeida

RELATORIA GERAL

Mary Anne Araújo Delgado

RELATORIA ADJUNTA

Alexandra de Biasi Amaral Barbosa
Cleudecir Siqueira Portela
Keth Lucineide Lucas Santana
Priscila Soares Lacerda Carvalho
Ricardo Elias Duarte Rabello

COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

Alziane Moutinho Magalhães
Keth Lucineide Lucas Santana
Maria da Conceição de Araújo
Maria Francinete Rebelo Lobão
Romeu Rodrigues Fialho
Uldarcy dos Santos Castro
Wladmary Mendonça de Azevedo

COORDENAÇÃO DE INFRAESTRUTURA

Cleoneide Silva de Souza
Daniele Reis de Araújo Magalhães
Ionaldo dos Santos Vasconcelos
João Paulo Marques dos Santos
Perseverando da Trindade Garcia Filho

COORDENADOR DE INFORMAÇÃO E MOBILIDADE GERAL

Jani Kenta Iwata
Roberto Maia Bezerra

COORDENAÇÃO DE COMUNICAÇÃO E IMPRENSA

Geizyara Maria Brandão Rebouças
João Pedro Souza de Oliveira
Roseane Souza da Mota

COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA A SAÚDE

Carmélia Barreto Gama
Dayana Priscila Mejia de Souza
Elen Paula da Silva de Oliveira
Erlane Silva de Oliveira
Jandira Rocha Pardo
Leila Jane Brito Assunção
Maria Auxiliadora Bindá da Silva
Norma Faid Pimentel Góes
Raquel Machado Duarte Passatuto
Rosângela Maria Vieira Nicássio
Paulo José Viana de Souza
Silene Oliveira Leite

Sumário

1. APRESENTAÇÃO	12
2. REGIMENTO DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE.....	13
3. MESA DE ABERTURA	23
4. CONFERÊNCIA MAGNA: “DEMOCRACIA E SAÚDE: SAÚDE COMO DIREITO, CONSOLIDAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS”	25
5. APRESENTAÇÃO DO EIXO I: SAÚDE COMO DIREITO.....	33
6. DEBATE EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO	44
7. CONSIDERAÇÕES DA PALESTRANTE DRA. SILVANA NOBRE DE LIMA CABRAL	47
8. APRESENTAÇÃO DO EIXO II: CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	49
9. DEBATE EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS	55
10. CONSIDERAÇÕES DA PALESTRANTE DRA. NAIR CHASE DA SILVA.....	58
11. APRESENTAÇÃO DO EIXO III: FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS.....	60
12. DEBATE EIXO III - FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS.....	79
13. CONSIDERAÇÕES DO PALESTRANTE DR. JURANDI FRUTUOSO	80
14. PROPOSTAS APROVADAS NA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	83
TEMA CENTRAL: DEMOCRACIA E SAÚDE	83
EIXO I - SAÚDE COMO DIREITO	84
EIXO II - CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS	85
EIXO III - FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS	86
15. MOÇÕES APROVADAS NA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS	87
16. DELEGADOS GESTORES ELEITOS (23).....	95
17. DELEGADOS TRABALHADORES ELEITOS (41).....	96
18. DELEGADOS TRABALHADORES ELEITOS (CONTINUAÇÃO)	97
19. DELEGADOS USUÁRIOS ELEITOS (76).....	98
20. DELEGADOS USUÁRIOS ELEITOS (CONTINUAÇÃO)	99
21. DELEGADOS USUÁRIOS ELEITOS (CONTINUAÇÃO)	100
22. CONSIDERAÇÕES	101
23. ANEXO I	102
NOTA OFICIAL	102
24. ANEXO II	103
PROGRAMAÇÃO DA CONFERÊNCIA	103
25. ANEXO III	105
NOTA DE REPÚDIO DO SEGMENTO “USUÁRIOS” DO INTERIOR DO ESTADO	105

APRESENTAÇÃO

É com a sensação de missão cumprida que divulgamos o Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde, debatido e aprovado por 369 delegados (as) oriundos de todos os municípios do Estado do Amazonas. Estes representantes da sociedade, dos trabalhadores, prestadores e gestores da saúde dedicaram-se sobre a análise das 20 diretrizes e 1.003 propostas originárias dos municípios em um processo ascendente que inovou o sistema de controle social desenvolvido pelo SUS.

A 8ª Conferência Estadual de Saúde realizou-se entre os dias 1 a 3 de julho de 2019 abordando o seguinte Tema: **“Democracia e Saúde” - “Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”**. O Centro de Convenções do Amazonas Vasco Vasques tornou-se o local mais importante do evento que conferenciou a saúde do Estado do Amazonas exercendo a democracia popular no sentido mais autêntico e a gestão participativa no Sistema Único de Saúde.

Mais de 550 participantes, entre delegados (as) e convidados (as), debateram o tema para contribuir na construção das políticas públicas na área da saúde. O presente documento foi construído com base nas 1.003 propostas votadas no âmbito Federal, Estadual e Municipal e aprovadas nos Grupos de Trabalho (GT's) e na Plenária Final.

Para chegar a este momento foram realizadas 61 conferências municipais, o que significa a realização de 98,36% do total de conferências esperadas. As diretrizes e propostas debatidas durante os 03 (três) dias de conferência resultaram em sugestões de importantes mudanças no padrão de funcionamento do Sistema Único de Saúde, o SUS real.

Fidedignamente postamos o que os delegados (as) de todos os municípios almejam para a saúde dos amazonenses que se encontram em uma das regiões geograficamente mais complexas, senão a mais difícil, de fazer com que a “não-doença”, faça parte das políticas públicas deste país.

O que a saúde prescinde, o que necessita ser mudado e o que pode e deve ser feito para que o Sistema Único de Saúde, o nosso SUS, cumpra sua missão está registrado neste documento, que se torna público agora.

REGIMENTO DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º Este Regimento tem por finalidade definir as regras de funcionamento da 8ª Conferência de Saúde do Estado Amazonas - 8ª COES/AM, convocada pelo Decreto Governamental Nº 40.814, publicado no Diário Oficial do Amazonas, em 13 de junho 2019, que será realizada no período de 01, 02 e 03 de julho de 2019, na cidade de Manaus - Etapa Estadual da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Parágrafo Único - A 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas conta com uma Comissão Organizadora presidida pelo Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas CES/AM.

CAPÍTULO II DO TEMÁRIO

Art. 2º Nos termos deste Regimento o Tema Central da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas será: “**Democracia e Saúde: Saúde como Direito, Consolidação e Financiamento do SUS**”, com os seguintes Eixos Temáticos: Tema Central; Eixo I - Saúde como Direito; Eixo II - Consolidação dos Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); Eixo III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

CAPÍTULO III INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS

Art. 3º Serão consideradas como instâncias deliberativas da 8ª COES/AM:

- I - Plenária da Abertura;
- II - Grupos de Trabalho;
- III - Plenária Final.

§ 1º A Plenária de Abertura será solene e contará com uma Coordenação, Relatoria e Secretaria, indicados pela Comissão Organizadora e terá como objetivo levar aos participantes o conhecimento do Regimento da 8ª COES/AM;

§ 2º Os Grupos de Trabalho, compostos preferencialmente, de forma paritária, terão metodologia própria para discussão e deliberação das propostas para encaminhamento à Plenária Final da 8ª COES/AM;

§ 3º A Plenária Final terá como objetivo apresentar as propostas aprovadas nos Grupos de Trabalho, deliberar sobre as Moções e Eleição dos Delegados (as).

CAPÍTULO IV DOS PARTICIPANTES

Art. 4º São participantes credenciados na 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas:

- a) Delegados (as), com direito à voz e voto;
- b) Convidados (as), com direito à voz.

§ 1º São Delegados (as) da 8ª COES/AM, os Delegados (as) Titulares eleitos nas Conferências Municipais de Saúde do Amazonas, que tiveram seus nomes devidamente encaminhados conforme solicitado, ou no caso de impedimento, o Suplente, com justificativa por escrito de ausência do Titular, encaminhada pela Entidade de origem à Comissão Organizadora da 8ª COES/AM.

§ 2º São participantes convidados da 8ª COES/AM:

- a) Palestrantes, com direito à voz;
- b) Convidados (as), com direito à voz;
- c) Membros da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas, com direito à voz.

§ 3º Os participantes da 8ª COES/AM portadores de deficiências, patologias de mobilidades, deverão registrar sua condição no ato da inscrição, para as providências necessárias à sua participação.

CAPÍTULO V DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º Nos termos do Regimento da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas, a Etapa Estadual terá a seguinte organização:

- I - Plenária de Abertura
- II - Mesas de Debates;
- III - Grupos de Trabalhos;
- IV - Plenária Final.

Art. 6º A 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas, convocada através do Decreto Governamental nº 40.814/2019, publicada no Diário Oficial do Estado do Amazonas, do dia 13 de junho de 2019, conta com uma Comissão Organizadora, publicada pela Portaria nº 440 de 27 de junho de 2019, para o desenvolvimento de suas atividades e consecução de seus objetivos com a seguinte composição:

Presidente de Honra: Wilson Miranda Lima – Governador do Estado do Amazonas;
Coordenador Geral: Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Secretário de Estado de Saúde do Amazonas – SUSAM;

Coordenador Adjunto: Vanessa Lima do Nascimento, Cássio Roberto do Espírito Santo, Dayana Priscila Mejia de Souza, Daniele Reis de Araújo Magalhães;

Relatoria Geral: Mary Anne Araújo Delgado;

Relatoria Adjunta: Alexandra de Biasi Amaral Barbosa, Roseane Couto Batista, Dharclley Miléo Guerra, Maria do Perpétuo Socorro Tavares Soares, Cleudecir Siqueira Portela, Carmen Menezes Marques e Ricardo Elias Duarte Rabelo;

Secretaria Geral: Ana Eli Vasconcelos Guimarães, Sandra Melo Lima, Maria do Rosário Pessôa Valente, Keth Lucineide Santana, Romeu Rodrigues Fialho e Laís Oliveira Lima;

Comissão de Credenciamento: Uldarcy dos Santos Castro, Maria Francinete Rebelo Lobão, Suziele da Costa Lima, Alziane Moutinho Magalhães, Maísa Freitas da Silva e Wladmary Mendonça de Azevedo;

Coordenação de Comunicação: Roseane Souza da Mota, Antonio Lúcio Pinheiro de Souza e Antônio Daniel Silva de Almeida;

Informação e Mobilidade Geral: Jani Kenta Iwata, Katherine Mary Marcelino Benevides, Cinthia Viviane C. Santos, Rozana Castro de Souza Rodrigues e Domingos Péricles Vital Amazonas;

Coordenação de Infraestrutura: Perseverando da Trindade Garcia Filho e Daniele Reis de Araújo Magalhães;

Coordenação de Urgência e Emergência a Saúde: Paulo José Viana de Souza, Dayana Priscila Mejia de Souza, Roberto Maia Bezerra e Mayerley de Brito de Souza Pinto.

Art. 7º A 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas terá a seguinte organização: Cerimônia de Abertura: Conferência Magna; Plenária de Abertura com leitura do Regimento; Painéis Temáticos com debates e discussões; Grupos de Trabalhos com debates e votações; Plenária Final, para referendar as propostas, Votação das Moções e Eleição dos Delegados (as) para a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

CAPÍTULO VI DO CREDENCIAMENTO

Art. 8º O Credenciamento dos participantes da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas será realizado com base nas pré-inscrições feitas através do envio pelos municípios das Fichas dos Delegados (as) eleitos nas Conferências Municipais, e dos Convidados (as) que confirmarem sua participação. Será coordenado pela Comissão de Secretaria Geral e ocorrerá no dia 01 de julho de 2019 das 14h00min às 18h00min e no dia 02 de julho de 2019, das 08h00min às 09h00min.

§ 1º Os participantes serão identificados através de crachás de acordo com seu segmento;

§ 2º Todos os Delegados (as), no ato do credenciamento, deverão apresentar documento oficial de identidade;

§ 3º Os Delegados (as) Suplentes, por segmento, eleitos nas Conferências Municipais, pelas substituições de Titulares em suas ausências na 8ª COES/AM, serão credenciados nos casos em que o Delegado (a) Titular não comparecer até às 09h00min do dia 02 de julho de 2019, o Suplente poderá se cadastrar até às 09h30min;

§ 4º Os Convidados (as) não poderão ser transformados em Delegados (as) em hipótese alguma;

§ 5º Os Delegados (as) no ato do credenciamento farão sua escolha do Eixo do Grupo de Trabalho.

CAPÍTULO VII

CERIMÔNIA DE ABERTURA

Art. 9º A Solenidade de Abertura contará com uma Mesa de Abertura com a presença de Convidados (as) Estaduais e Nacionais, que deverão fazer as suas manifestações em relação à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas, seguida da Conferência Magna proferida pela Conselheira Nacional de Saúde Sra. Vanja Andrea Reis dos Santos.

CAPÍTULO VIII

CONFERÊNCIA MAGNA

Art. 10 A Conferência Magna terá como tema: “**DEMOCRACIA E SAÚDE: SAÚDE COMO DIREITO, CONSOLIDAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS**”.

CAPÍTULO IX

PLENÁRIA DE ABERTURA

Art. 11 A Plenária de Abertura da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas procederá à apresentação da leitura do Regimento da 8ª COES/AM pelo Sr. Antônio Daniel Silva de Almeida.

§ 1º O Regimento lido e aprovado pelos Delegados (as) o que consta na Portaria nº 449 de 27 de junho de 2019, e será lido e aprovado pela Plenária para conhecimento de todos os Delegados (as).

CAPÍTULO X PAINÉIS TEMÁTICOS

Art. 12 Cada painel Temático será composto pela apresentação de 01 (um) Palestrante seguido de debates com o plenário e organizado por 01 (um) Coordenador (a), 01 (um) Relator (a) e 01 (um) Secretário (a) de Mesa.

§ 1º O Coordenador (a), Relator (a) e o Secretário (a) de Mesa de cada Painel Temático serão indicados pela Comissão Organizadora;

§ 2º Os Palestrantes serão convidados de acordo com os Eixos Temáticos, definidos pela Comissão Organizadora;

§ 3º Cada palestrante terá o tempo de 30 (trinta) minutos para exposição do Eixo de sua responsabilidade.

Art. 13 Os Coordenadores de cada Painel Temático organizarão e conduzirão o debate após as apresentações.

Parágrafo Único. As perguntas e manifestações deverão ser feitas após os painéis temáticos mediante a apresentação de crachá, por escrito ou verbalmente, e terão o tempo máximo 03 (três) minutos cronometrados pelo Secretário (a) de Mesa. Os crachás deverão ser entregues aos membros da Comissão Organizadora e devolvidos após a manifestação.

CAPÍTULO XI DOS GRUPOS DE TRABALHO

Art. 14 Os Grupos de Trabalho são instâncias de debate e votação das propostas provenientes das Conferências Municipais de Saúde, conforme Regimento da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Neles serão apreciadas as Propostas e Diretrizes de acordo com cada Eixo e contará com a seguinte estrutura:

I – Delegados (as) e Convidados (as) distribuídos em 04 (quatro) grupos obedecendo a pré-distribuição realizada no momento do credenciamento, que seguirá, preferencialmente, à paridade entre Usuários, Trabalhadores e Gestores, conforme a Resolução nº 453 do Conselho Nacional de Saúde;

II - Cada Grupo contará com 01 (um) Digitador (a) e 02 (dois) Facilitadores da discussão, indicados pela Secretaria Geral da 8ª Conferência Estadual de Saúde; Relator (a), e Coordenador (a) eleitos pelos Grupos de Trabalhos de cada Eixo;

III – As propostas que obtiverem aprovação de 50% mais 01 (um) dos presentes nos Grupos de Trabalho deverão ser encaminhadas pelos facilitadores por meio digital para a Plenária Final.

§ 1º Cada Grupo de Trabalho apreciará e elegerá 05 (cinco) propostas por Eixo Temático e uma Diretriz Temática de Âmbito Nacional. Propostas de Âmbito Estadual deverão ser encaminhadas para inclusão no Plano Estadual de Saúde;

§ 2º A duração dos trabalhos dos grupos será de 14h00min as 18h00min do dia 02 de julho de 2019;

§ 3º As propostas apresentadas e aprovadas nos Grupos de Trabalhos serão as de Âmbito Nacional e Estadual oriundas do Relatório consolidado das Conferências Municipais e não serão aceitas novas propostas;

§ 4º As mudanças de redação das propostas dos grupos que não alterem o objetivo das mesmas serão aceitas.

Art. 15 A metodologia utilizada para apresentação e discussão das propostas será a seguinte:

I – As propostas advindas dos Grupos de Trabalho serão lidas por ordem em Âmbito Estadual e Nacional;

II – As propostas que não forem destacadas serão consideradas aprovadas;

III – O destaque será por acréscimo, redução ou exclusão das propostas em questão, tendo o proponente 02 (dois) minutos para sua apresentação;

IV – A coordenação do grupo, caso necessário, poderá propor uma apresentação de defesa e outra de negação do destaque, permitindo o uso de 02 (dois) minutos para cada manifestação, a fim de facilitar a votação;

V – A solicitação de DESTAQUE no grupo deverá ser feita através da apresentação do crachá;

VI - Poderão votar no conjunto de propostas de cada Eixo, nos 03 (três) Grupos de Trabalho, todos os Delegados (as) presentes no grupo;

VII - Durante a votação serão priorizadas para a etapa da 16ª Conferência Nacional de Saúde apenas 20 (vinte) propostas relativas a cada um dos Eixos Temáticos e Diretrizes relacionadas no art. 2º deste Regimento, totalizando um número de no máximo 20 (vinte) propostas de Âmbito Nacional.

§ 1º As propostas a nível nacional comporão o Relatório Final para a Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde, serão as 20 (vinte) propostas que obtiverem o maior número de votos em cada Eixo e Diretriz, sendo que as subsequentes que porventura forem aprovadas, irão apenas compor o Relatório detalhado da Conferência Estadual de Saúde do Amazonas e farão parte do Plano Estadual de Saúde;

§ 2º Será facultado ao Delegado (a) fazer declaração de voto com o tempo máximo de 02 (dois) minutos.

**CAPÍTULO XII
DA PLENÁRIA FINAL**

Art. 16 Durante a votação serão priorizadas para a etapa da 16ª Conferência Nacional de Saúde apenas 05 (cinco) propostas dos 04 (quatro) Eixos Temáticos e Diretrizes relacionadas no art. 2º deste Regimento, totalizando um número de no máximo 20 (vinte) propostas de Âmbito Nacional.

§ 1º As propostas a nível nacional comporão o Relatório Final para a Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde, serão as 05 (cinco) propostas por eixo, totalizando as 20 (vinte) propostas, sendo que as subsequentes que porventura forem aprovadas, irão apenas compor o Relatório detalhado da Conferência Estadual de Saúde do Amazonas e farão parte do Plano Estadual de Saúde;

§ 2º Será facultado ao Delegado (a) fazer declaração de voto com o tempo máximo de 02 (dois) minutos;

§ 3º A Plenária Final, de caráter conhecimento e deliberativo, será dividida em 02 (duas) sessões:

I – Apresentação e Referendo das propostas aprovadas nos Grupos de Trabalho, e aprovação das Moções;

II - Eleição de Delegados (as) para a Etapa Nacional.

§ 4º Nas sessões da Plenária Final, os trabalhos serão presididos por 01 (um) Coordenador (a), 01 (um) e 02 (dois) Secretários (as), indicados pela Comissão Organizadora.

**SEÇÃO I
APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DAS PROPOSTAS FINAL POR DIRETRIZ**

Da primeira Sessão

Art. 17 O processo de apreciação e referendo das propostas finais da Etapa Estadual aprovadas nos Grupos de Trabalho será realizado no dia 03 de julho de 2019.

Art. 18 A Comissão de Relatoria da 8ª Conferência Estadual de Saúde organizará as 20 (vinte) propostas mais votadas que integrarão o Relatório Final, obedecendo aos critérios estabelecidos no Regimento da 16ª Conferência Nacional.

**SUBSEÇÃO I
DAS MOÇÕES**

Art. 19 As Moções deverão seguir o modelo pré-definido pela Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde, contemplando todos os seus itens de

preenchimento, conforme recomendação da Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde e devem ser aprovadas na Plenária Final.

§ 1º As Moções deverão ser apresentadas até às 15h00min do dia 02 de julho de 2019, por escrito e em formulário específico disponibilizado pela Comissão Organizadora e os mesmos deverão ser entregues na Secretaria Geral da Conferência Estadual de Saúde;

§ 2º Serão aceitas as Moções assinadas por 50% mais 01 (um) dos Delegados (as) credenciados e presentes na Conferência identificados por nome e RG;

§ 3º Em hipótese alguma serão aceitas Moções assinadas por participantes que não sejam Delegados (as) e/ou após o horário definido;

§ 4º A votação das Moções ocorrerá após a fase de apresentação das propostas advindas dos Grupos de Trabalho. O Coordenador da Mesa, após receber as mesmas da Secretaria Geral da Conferência, procederá à leitura do texto, garantindo se necessário um tempo de 02 (dois) minutos, no máximo, para a defesa da Moção, sendo concedido o mesmo período de tempo para a defesa de ponto de vista contrário a defesa da Moção;

§ 5º A aprovação das Moções da Etapa Final será por 50% mais 01 (um) dos Delegados (as) credenciados e presentes.

SEÇÃO II

DA VOTAÇÃO DOS DELEGADOS PARA A CONFERÊNCIA NACIONAL

Art. 20 Concluída a fase da votação das Moções, será iniciada a fase de Eleição dos Delegados (as) para a Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde que elegerá 76 (setenta e seis) Delegados (as), conforme o Regimento da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas.

Art. 21 A composição da delegação obedecerá ao critério de paridade entre Usuários (50%), representantes dos Gestores e/ou Prestadores de Serviços de Saúde (25%) e representantes de Trabalhadores em Saúde (25%), assim distribuídos:

I – 38 (trinta e oito) Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS);

II – 19 (dezenove) Trabalhadores de Serviço em Saúde;

III – 19 (dezenove) Gestores e/ou Prestadores de Serviços de Saúde.

Art. 22 Serão eleitos 76 (setenta e seis) Delegados (as) Suplentes para substituir os Titulares em caso de ausência justificada, que será comprovada através de documentos provenientes da entidade de origem e Coordenação da Conferência Municipal com o aval do Conselho Municipal de Saúde local.

Art. 23 Somente poderão candidatar-se às vagas de Delegados (as) para a 16ª Conferência Nacional de Saúde os Delegados (as) que registrarem, no mínimo, 75%

de presença durante a 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas, conforme Levantamento da Frequência avaliada pela Secretaria Geral da Conferência.

§ 1º Para efeito de registro de presença, no início de cada turno e registro manual após uma hora do início dos trabalhos em grupo, a partir do credenciamento e encerrando antes na Plenária Final;

§ 2º A frequência será computada a partir da Solenidade de Abertura da 8ª COES/AM no dia 01 de julho às 14h00min até a Plenária Final do dia 03 de julho às 13h30min.

Art. 24 A votação de Delegados (as) para a Etapa Nacional obedecerá aos seguintes critérios:

I – A Comissão responsável pela eleição fará a chamada dos Delegados (as) aptos a concorrer à eleição com 75% frequência, a Mesa será composta por 01 (um) Coordenador (a) e 02 (dois) Secretários (as);

II – Proceder-se-á a apresentação dos candidatos por segmento;

III - Os candidatos poderão se auto indicar ou serem indicados por Delegado (a) do seu segmento;

IV – Após indicação dos Delegados (as) por segmento, os nomes apresentados serão colocados em votação;

V – Todos os candidatos poderão votar e ser votados por seu segmento;

VI – Os critérios de desempate seguirão a seguinte ordem:

- a) maior percentual de frequência;
- b) maior idade.

§ 1º Serão considerados eleitos Delegados (as) Titulares para a Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde aqueles que obtiverem o maior número de votos, sendo Suplentes os sequencialmente votados;

§ 2º Os Delegados (as) Titulares que tiverem impedimentos em participar da Conferência Nacional terão prazo máximo até o dia 09 de julho de 2019 para encaminharem documento justificando sua ausência para que haja tempo hábil para convocar o Delegado (a) Suplente.

CAPÍTULO XII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25 A 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas será gravada em áudio para a elaboração do Relatório Final.

Art. 26 Serão conferidos certificados aos participantes da 8ª Conferência Estadual de Saúde, com a especificação de:

- a) Delegados (as);
- b) Convidados (as);
- c) Palestrantes;
- d) Membros da Comissão Organizadora.

Art. 27 O Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas será encaminhado aos Conselhos Municipais, Estadual e Nacional de Saúde bem como às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde do Amazonas, Ministério Público e a todos os participantes da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

Art. 28 O Relatório Final deve ser apresentado e divulgado para os municípios até o dia 15 de julho de 2019 e aos Delegados (as) eleitos para Etapa Nacional expressando o resultado dos debates, contendo as propostas aprovadas para formulação de políticas para o SUS, as Moções aprovadas, o resultado da eleição de Delegados (as) e seus Suplentes para a Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde, e as propostas de âmbitos municipais serão encaminhadas aos seus respectivos municípios.

Art. 29 Os casos não previstos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora.



“No momento muito específico do Amazonas, então realizamos a 8ª Conferência Estadual de Saúde em que agregamos Usuários, Prestadores de Serviço, Trabalhadores e também Gestores de saúde para pensarmos políticas públicas. Elegemos os nossos Delegados aqueles 76 representantes que vão levar as propostas do Amazonas a serem discutidas e quem sabe serem inseridas em políticas públicas na Conferência Nacional de Saúde a ser realizada em Brasília/DF”.

Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Secretário de Estado de Saúde do Amazonas

Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Secretário de Estado de Saúde do Amazonas

Sra. Angela Maria Matos do Nascimento
Representante da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

Sra. Vanja Andrea Reis dos Santos
Conselheira Nacional de Saúde

Sr. Dário Vicente da Silva
Representante do COSEMS/AM

Sra. Socorro Sampaio
Representante das Fundações

Sr. Jorge Luiz Maia
Representante dos Trabalhadores da Saúde

Sr. Orlando Melgueiro da Silva
Representante do Povo Baré

Sra. Valderlucia de Souza Martins
Representante da Rede Amazônia Negra

CONFERÊNCIA MAGNA: “Democracia e Saúde: Saúde como Direito, Consolidação e Financiamento do SUS”.

Palestrante: Sra. Vanja Andrea Reis dos Santos – Conselheira Nacional de Saúde - CNS e União Brasileira de Mulheres – UBM.

DEMOCRACIA É LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO NAS DECISÕES E NO RUMO DAS POLÍTICAS

16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A QUE VEM?

DEFINIR DIRETRIZES PARA SAÚDE NOS PRÓXIMOS ANOS

- Fazer o enfrentamento aos desafios postos – Mobilizando a sociedade brasileira;
- Resistência aos ataques aos princípios do SUS;
- Formular políticas que possam ajudar a enfrentar os gargalos do SUS: saúde como direito, financiamento e participação do controle social;
- É uma ação em defesa da DEMOCRACIA e do SUS;
- Envolvimento importante dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores;
- Consolidar a gestão participativa e a garantia da Constituição Federal;

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

MAIS DE 70% DA POPULAÇÃO USA O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

- ✓ **71,1%** da população brasileira* procura o SUS para atendimento (PNS 2013)
- ✓ Cerca de **150 milhões de pessoas** dependem exclusivamente do SUS
- ✓ **47,4 milhões de pessoas** possuem planos de assistência médica
- ✓ **22,7 milhões de pessoas** possuem planos apenas odontológicos

*Brasil possuía 200,4 milhões de habitantes em 2013 (Fonte: IBGE)



DEFENDER O SUS É DEFENDER O ACESSO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA À SAÚDE

- Dos mais de 70% dos brasileiros que tem no SUS a ÚNICA opção para cuidar da saúde temos 38,3% Homens, 61,7% Mulheres. Sendo: Brancos 57,2%, Preta e Parda 42,8%.

Fonte: PNAD 2003

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE OFERECE ATENDIMENTO PARA 200 MILHÕES DE HABITANTES

- Maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo;
- 98% do mercado de vacinas é movimentado pelo SUS;
- 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais (jan a jul/2017);
- 801,5 milhões de consultas/atendimentos (jan a jul/2017);
- 6,5 milhões de internações (jan a jul/2017);
- 8,4 milhões de procedimentos oncológicos (jan a jul/2017);
- 3,7 milhões de exames citopatológicos (Papanicolau) e 1,3 milhão de mamografia (faixa prioritária de 50 a 69 anos) (jan a jul/2017);

Brumadinho e ação eficaz do SUS, o que nos resta a avaliar?

** Atendimento a regiões longínquas e próxima da população

O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL NA LUTA PELA DEMOCRACIA E SAÚDE

- **Democracia Representativa:** os cidadãos devem escolher representantes políticos através de eleições. Assim, os indivíduos eleitos passam a ser responsáveis por representar, **em tese**, os interesses do povo na tomada das decisões de âmbito público.
- **Democracia Participativa:** os cidadãos debatem e votam diretamente sobre as principais questões de seu interesse, sem a necessidade de haver intermediários. A população tem o direito de participar diretamente das tomadas de decisões.

- As **Conferências** e **Conselhos** constituem-se como espaços de participação social.

NO SUS

- O cidadão tem que se perceber e ser percebido como FUNDAMENTAL na reivindicação pelo direito à saúde.

•

8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1986)

- Presidida pelo Sanitarista e Presidente da FIOCRUZ Sérgio Arouca;
- O país passava pela redemocratização;
- Modelo de saúde vigente;
- 1ª Conferência aberta à sociedade;
- Discussão sobre o termo saúde. O que é saúde?
- São lançadas diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único;
- Saúde compreendida como dever do Estado;
- Mais de 4 mil participantes;
- 135 grupos de trabalho contribuindo para o Setor na futura Constituinte;
- Era preciso implantar uma Reforma Sanitária;
- Conclui-se pela NECESSIDADE da participação popular através de suas entidades representativas na formulação da política, no planejamento, na gestão, avaliação do sistema.

O CONCEITO DE SAÚDE A PARTIR DA 8ª CONFERÊNCIA

Resulta das condições de:

- Alimentação
- Habitação
- Educação
- Renda
- Meio ambiente
- Trabalho
- Transporte
- Lazer
- Liberdade
- Serviços de saúde

A OMS definia como completo bem estar físico, social e mental (*).

CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988 DIREITOS SOCIAIS (Art. 6º)



“São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

SEÇÃO II - DA SAÚDE

- Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O QUE FAZER PARA IMPEDIR O DESFINANCIAMENTO DO SUS?

- REVOGAR A EC 95/2016;
- NOVAS FONTES DE FINANCIAMENTO EXCLUSIVAS PARA O SUS;
- REVISÃO/CRIAÇÃO DE TRIBUTOS;
- REVISÃO DA RENÚNCIA DE RECEITA (GASTO TRIBUTÁRIO).

PROPOSTAS RECENTEMENTE APRESENTADAS PELO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE PARA ENFRENTAR O QUADRO DE SUBFINANCIAMENTO E DESFINANCIAMENTO DO SUS

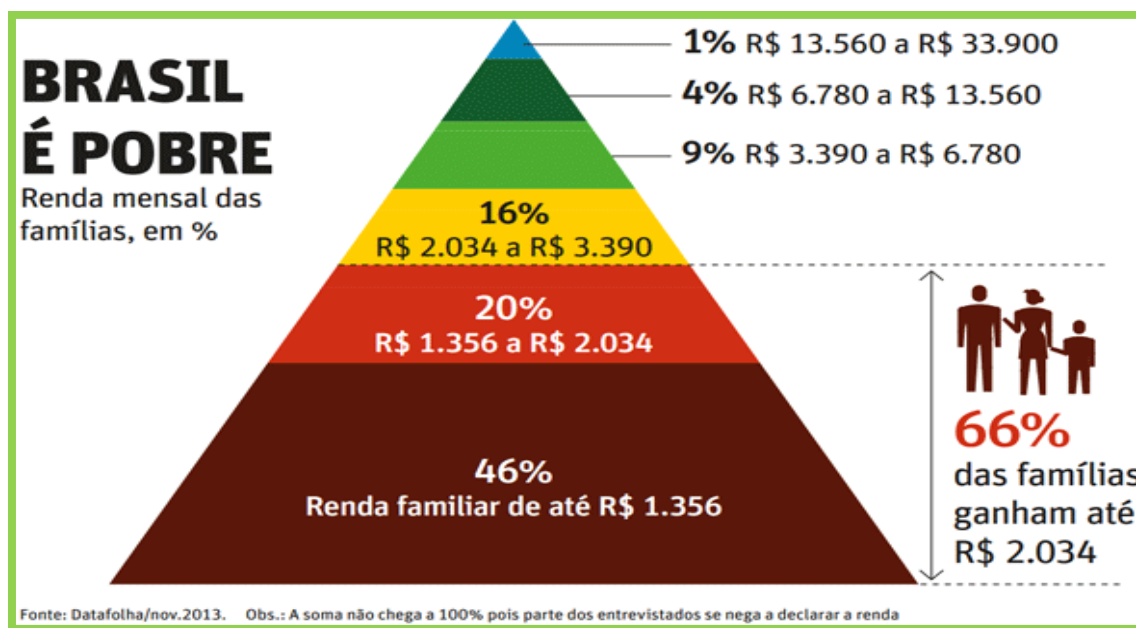
- a. **Revogar a Emenda Constitucional 95/2016**, especialmente os seus dispositivos que diminuem os pisos federais da saúde e da educação, bem como o financiamento da seguridade social.
- b. **Apoiar a tramitação da PEC 01/D de 2015**, que foi aprovada em 1º turno na Câmara dos Deputados em abril de 2016, que aloca de forma escalonada (em sete anos) 19,4% da receita corrente líquida como piso federal do SUS (que expressa de forma similar as bases do Projeto de Iniciativa Popular “Saúde + 10”).
- c. **Destinar os recursos adicionais para o financiamento do SUS** para a mudança do modelo de atenção à saúde que estabeleça a atenção básica como a ordenadora de toda a rede de cuidados da saúde da população, bem como para a valorização dos servidores públicos de saúde e para o fortalecimento da rede própria de unidades de saúde federais, estaduais e municipais.
- d. **Instituir a Contribuição sobre Grandes Transações Financeiras e a tributação sobre grandes fortunas para o financiamento da seguridade social**, com rateio específico para a saúde, bem como aumentar as alíquotas da tributação sobre bebidas açucaradas, álcool, tabaco, motocicletas, como meio de fortalecer as fontes de financiamento exclusivas da seguridade social, e do SUS em particular.
- e. **Reduzir a renúncia de receita (gasto tributário)** atualmente estimada em cerca de R\$ 400 bilhões, por meio de uma avaliação do efetivo cumprimento das contrapartidas legalmente estabelecidas para a sociedade por parte dos beneficiários das renúncias, bem como rever a isenção concedida no imposto de renda sobre os rendimentos das pessoas físicas oriundas de dividendos.

OUTRAS RECOMENDAÇÕES DO CNS

- 014 DE 2 DE MAIO DE 2017 – Que o Congresso retire da tramitação a Reforma Trabalhista;
- 010 DE 15 DE MARÇO DE 2019 – Que o congresso interrompa a tramitação da PEC 06/2019 (Reforma da Previdência) por não dialogar com a sociedade brasileira;
- 005 de 15 de Fevereiro de 2019 – Recomenda ao MS que as manifestações na área técnica de saúde mental se fundamentem nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e nas deliberações do CNS;
- 012 de 12 de abril de 2019 – Recomenda ao MPF, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, ao Tribunal de Contas da União e a CGU que atuem na autonomia e funcionamento dos colegiados atingidos pelo Decreto nº 9.759 de 11/4/2019 pelo Governo Federal.

ALGUNS DESAFIOS...

- Defesa da democracia e do Estado Democrático de Direito;
- Articulação com as lutas mais amplas da sociedade;
- Eficiente rede de informação e comunicação ao cidadão sobre os espaços de participação;
- Que o cidadão perceba o seu papel fundamental na reivindicação pelo direito à saúde e no controle social do SUS;
- Conseguir a contribuição de cada usuário, profissional de saúde, gestor e prestador, para que a gestão participativa, vestida da bandeira da Democracia e Saúde, possa ser uma poderosa guardiã da Constituição Federal na defesa do Direito Humano Fundamental à Saúde.





A UNIDADE É A BANDEIRA DA ESPERANÇA!


A grande contribuição que nossa geração pode dar para o futuro do Brasil e do SUS é constituir força social e política em torno da Defesa da **Vida, do Trabalho e da Nação**, que hoje se expressa na unidade de três palavras: **DEMOCRACIA, SOBERANIA E DIREITOS!**



DEMOCRACIA E SAÚDE

“
Nossa humanidade
sempre estará no outro.
Vamos cuidar da nossa
humanidade?
Democracia e Saúde
para todos! Viva a 16ª
CNS!”

Ronald dos Santos,
ex-presidente do CNS durante a 8ª
Conferência Estadual de Santa Catarina



**Organizar a esperança,
Conduzir a tempestade,
Romper os muros da noite,
Criar sem pedir licença,
Um muro de liberdade.
Trabalhar a dor,
Trabalhar o dia,
Trabalhar a flor, irmão.
E a coragem de acender a rebeldia.
Convocar todos os sonhos e as mãos das companheiras
Feitas de espera e de flor,
Tecendo nossas bandeiras na trama de cada dor.
Retomamos a memória, na batalha das cidades.
Empunhamos nossa história,
Já não há quem nos detenha,
Nós somos a tempestade.**

PEDRO TIERRA

Apresentação do Eixo I: Saúde como Direito

Palestrante: Dra. Silvana Nobre de Lima Cabral (Promotora de Justiça do Ministério Público do Estado do Amazonas)

Coordenador de Mesa: Sr. Jani Kenta Iwata

Relatora: Sra. Sandra Melo Lima

Secretária da Mesa: Sra. Alexandra de Biasi A. Barbosa

O Sr. Jani Kenta Iwata fala aos presentes sobre as questões que serão tratadas dentro desse tema, a saber:

1. Quais os obstáculos e dificuldades são percebidos no seu território para que as pessoas tenham o direito à saúde? As condicionantes de saúde, trabalho, educação, transporte, moradia, lazer e alimentação estão acessíveis a todas as pessoas? As especificidades de cada pessoa são respeitadas no território? As condições e fatores que expõem as pessoas às condições de vulnerabilidade são reconhecidas?

2. Como tem sido a sua participação no seu grupo social na saúde do seu território?

A **Dra. Silvana Nobre de Lima Cabral** (Promotora de Justiça do Ministério Público do Estado do Amazonas) inicia sua apresentação dando as boas vindas a todos àqueles que vêm pela primeira vez e especialmente as pessoas do interior, bem vindos à Capital, ao Ministério Público que sempre estará de portas abertas para recebê-los, bem vindos os Representantes dos Usuários, dos Profissionais de Saúde e todos os que aqui colaboram para nós escrevermos um capítulo a mais na defesa da saúde. Os presentes são os maiores especialistas e os que mais trabalham na defesa do SUS, e não o Ministério Público. É esse controle social que vai traçar um futuro melhor para o que queremos na defesa do direito à saúde. Trouxemos um pensamento de um filósofo que fala muito sobre os direitos humanos para refletirmos conjuntamente *“Os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizados por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas” (NORBERTO BOBBIO).*”

Refletimos ao pensar nessa caminhada do SUS desde a Constituição de 1988, mas nós sabemos que ela é uma resposta ao movimento sanitário que antes de 1988 ele se dava e acima de tudo ao movimento internacional de proteção do homem quando após a Declaração Universal dos Direitos Humanos a saúde ficou consagrada como direito fundamental, mas não qualquer saúde e sim a saúde que traz um bem estar físico, social e espiritual, esse conjunto é que faz nós trabalharmos por um SUS melhor.

Não queremos apenas medicamentos e médicos, queremos uma saúde integral para todo e qualquer ser humano.

REDEMOCRATIZAÇÃO DO PAÍS

- Novo regime jurídico;
- Amplitude dos direitos fundamentais;
- Estado Democrático de Direito e seus fundamentos: soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho, livre iniciativa, pluralismo político;
- Art. XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Movimento Sanitarista no Brasil.

OBJETIVOS FUNDAMENTAIS (ART. 3º)

- Sociedade livre, justa e solidária;
- Desenvolvimento nacional;
- Erradicação da pobreza e da marginalização;
- Redução das desigualdades sociais e regionais;
- Promoção do bem de todos, sem preconceito ou discriminação.

Os desafios são grandes e esse momento que estamos vivendo aqui é o momento de nós refletirmos sobre o nosso papel nesse cenário, porque o mais fácil são as críticas e o mais difícil é direcionar as críticas para mudar a realidade.

Sabemos que essa configuração do Brasil nessa esfera de direitos fundamentais abarca um novo regime jurídico que nós adotamos e esse regime jurídico é a democracia que é o tema da conferência. Não só a democracia que reconhece o cidadão com a capacidade de votar e ser votado, mas aquela democracia que você alcança o ser humano na sua magnitude de todos serem iguais com liberdade e participarmos de todo o contexto público das políticas que são implementadas para defesa do SUS, do cidadão, da educação e da segurança pública.

RECONFIGURAÇÃO DO PAPEL DO ESTADO

- Proteção de bens essenciais: vida, liberdade, igualdade, segurança e propriedade;
- Confiança nas instituições: cumprimento das funções bem estar coletivo;
- Políticas Públicas: instrumento de transformações sociais;
- SUS: tomada de responsabilidade do Estado.

O papel dos Senhores me crê, é muito maior que o papel do Ministério Público, é muito maior que o papel de um Secretário de Estado, pois os Senhores fazem parte desse controle social que pode mudar uma realidade e para isso temos que trabalhar com muita responsabilidade e respeito aos direitos, olhando para o futuro para ver se nós alcançamos um degrau a mais no serviço público de saúde, daí esta conferência ter a sua importância.

Vivemos momentos novos de Governo e novas políticas, porque não repensar o nosso papel também? Veremos que a democracia que traz a saúde se configura por essa amplitude de direitos mais essenciais ao homem que mexe com a vida, a liberdade e tantos outros que deles são emanados. Veremos também que nesse novo regime jurídico temos uma série de princípios que norteiam como a soberania, a cidadania e a dignidade da pessoa humana é o maior valor que nós podemos trabalhar

quando nós pensamos em saúde. Não é saúde em si que tem o valor maior, mas é a dignidade que dá o sustentáculo a toda conceituação de saúde que nós queremos então implantar no nosso país em decorrência do regime democrático e é essa democracia que também limita poderes, pois não há em democracia grande abertura de direitos sem restrição de poderes, não há grande abertura de direitos sem a conformação das responsabilidades de cada um e o cidadão que antes estava a par do sistema hoje ele é colocado, o controle social formal. É esta resposta que nós temos que aprender a dar a cada movimento que uma política social e pública não alcança as metas, o planejamento e a sua efetividade.

A grandeza desta conferência levará a novos caminhos na área da saúde. Os objetivos que nos propusemos a atingir nacionalmente são esses. Não queremos uma saúde somente para o bem estar de uma pessoa senão para atender essa sociedade justa e livre, porque ninguém tem liberdade soberana se você não tem saúde para expor seus pensamentos e o seu ir e vir. O que norteia todo o trabalho das políticas públicas quer seja de saúde, educação, segurança pública, habitação ou qualquer outra, nós vamos encontrar nesse ideal de sociedade que nós queremos construir o sustentáculo para uma saúde de qualidade, porque queremos ter cidadãos que tenham uma vida digna e com dignidade relevante então para que essa sociedade seja justa, porém solidária e a responsabilidade é compartilhada.

DIREITO À SAÚDE

- Direito social prestacional que visa assegurar à pessoa humana condições de bem-estar físico, mental e espiritual (Bulos);
- Dignidade Humana valor que guia o direito à saúde.

Para implantar o desenvolvimento nacional, mas ele não é trabalhado apenas financeiramente. Nenhum desenvolvimento nacional será compatível se o país não adotar uma política pública de saúde decente que olhe as suas especificidades, que elenquem quais são as prioridades de política pública que temos de alcançar. Assim na prioridade temos de dizer como queremos gastar, não é só o percentual que determinamos para a saúde pública e sim todo o orçamento público, em especial quando nós sabemos que temos uma limitação de orçamento e grandes problemas dentro da saúde pública. Afinal como nós queremos que o nosso Governo e o nosso Estado (falo Estado como União) como nós queremos que esse orçamento público seja gasto, só 12% na saúde ou como se tem no Amazonas 21% na saúde, mas como gastando tanto dinheiro na saúde a saúde não está bem? Nós temos falhas do sistema, corrupção e subfinanciamento, mas o que faremos? Não basta termos escrito políticas e sim tirarmos do papel as políticas. Qual o melhor caminho para efetivarmos a política? Basta o Conselho ou o controle social verificar se o contrato está bom ou não, e o que nós fazemos para avaliar a qualidade do serviço? Porque nós não conseguimos distinguir efetividade e serviço? Porque nós não implantamos metas qualitativas ao invés de somente quantitativas? A cada dia temos que procurar trabalhar melhor o direito à saúde, é um eterno aprendizado e não é algo que um ou outro profissional possa trazer para os Senhores uma resposta.

Daí a lição de Bobbio, o direito é uma construção e não podemos nos esquecer disso, o direito não 'cai do céu', ele não vem como algo absoluto e que nós não temos mais nada a fazer porque o direito está assegurado.

O direito é sempre uma construção. Além de nós construirmos o direito nós temos que tomar conta do direito para ele não retroceder. Esse 'tomar conta' do direito impõe condutas eternas de vigilância, de controle (interno, externo, social) todos os tipos de controle que nós podemos utilizar para não deixar o pouco que se conseguiu retroceder. E se buscar avançar no muito que nós temos que alcançar.

Quando o Brasil teve a promulgação da Constituição de 1988 tem um discurso do Sr. Ulysses Guimarães que ficou para o final, quando temos a percepção de uma nova norma jurídica parece que o mundo começou a partir dali e a ideia era escrever o SUS nos termos em que foi escrito de nós termos um sistema universal, integral e a equidade são valores muito significativos do SUS e que faz com que nós a cada cidadão que nos procura a primeira que coisa que pensamos é quanto ao dever que temos de atender essa população e dar o melhor serviço para esse usuário. Mas, sabemos que nessa reconfiguração do Estado as instituições receberam muita tarefa, as instituições que trabalham com defesa de direitos, as instituições que trabalham com a concretização de políticas públicas e tudo isso para atingir a tal da democracia. Políticas públicas é o instrumento de transformação social, é através delas que vamos estabelecer metas, criar critérios, reavaliar condutas a todo o momento para nós obtermos o melhor do SUS, em razão até das responsabilidades que o Estado passou a adotar, porque a Constituição de 1988 é um marco em que o Estado (União – Estado – Município) toma para si a responsabilidade de concretizar o direito à saúde, de resguardar o direito à saúde de todo e qualquer cidadão.

Então sabemos que essa responsabilidade do Estado que nós temos dois tipos de ação quando falamos de direito à saúde, temos a omissão e a ação. O Estado em várias faces do trabalho que desenvolve ele tem que se omitir para não atingir o direito à saúde, ele não pode dar autorização ambiental para toda e qualquer empresa desmatar a Amazônia porque meio ambiente também é saúde, mas na maior parte das atividades que o Estado tem que desenvolver é por ação, é prestacional, é fazendo dia a dia o direito à saúde acontecer.

Veremos que tudo isso para então assegurar essas condições de bem estar físico, mental e espiritual alcançando a dignidade humana.

PRINCÍPIOS DO SUS

- Universalidade de acesso aos serviços;
- Integralidade da assistência;
- Igualdade da assistência;
- Participação da comunidade;

- Direito à saúde x Interesse financeiro do Estado. Reserva do possível na saúde.

Precisamos internalizar os princípios do SUS, porque, conceitos, se perguntarmos de cada um dos representantes que aqui se encontram, todos sabem que o SUS é universal, pois tem que abranger todo e qualquer cidadão, tem que oferecer a integralidade dos serviços quer seja de baixa, média ou alta complexidade a todos aqueles que precisarem. Os Senhores sabem disso e claro, não estou trazendo nada de novo. O que há de novo nos princípios do SUS? Como efetivar a universalidade? Que universalidade é essa que queremos atingir? Como atingir a integralidade? E deve ser a integralidade em qualquer situação reservada?

Temos vários julgamentos do Supremo Tribunal Federal dizendo que essa integralidade não é bem assim. Não sei se os Senhores acompanharam as últimas decisões sobre fornecimento de medicamento de alto custo. E essa integralidade como tudo no direito que tem uma premissa básica que aprendemos ao longo da academia 'sobre os direitos, nenhum é absoluto'. O direito à vida seria absoluto? Em princípio sim, mas tem uma condição de se praticar a pena de morte em nossa Constituição, então ele não é absoluto.

Assim como os princípios do SUS, eu falo do 'absoluto' para interpretação literal da palavra. É claro que se perguntar se esses princípios são os que coordenam toda atividade do SUS? A resposta é sim! A universalidade e a integralidade existem, mas existem situações em que elas estão sendo advertidas do que é a integralidade e não é por outro composto, é pela limitação financeira e orçamentária dos entes públicos. Podemos até dizer que não é problema nosso e que o Estado dê o jeito dele de arranjar o dinheiro de outras receitas para investir na saúde. Mas, não é bem assim.

Sabemos que temos na saúde várias prioridades, não podemos irresponsavelmente deixar de ver isso, não podemos pegar só a parte do problema que nós queremos deixando todo o resto para o Secretário de Saúde e o Governador resolver. Nós temos que conhecer o orçamento da saúde, nós temos que conhecer não só o que é direito à saúde, mas também como o direito à saúde se efetiva, pois não há efetivação de direito à saúde sem dinheiro. E nós não podemos dizer que esse é problema do Governador porque esse é um problema do Estado e cada um dos Senhores faz parte desse Estado e agora com a maior responsabilidade do controle social. Então nós precisamos conhecer o orçamento, como o dinheiro da saúde está sendo gasto e sair desse patamar de ficar reclamando pequeno. Porque está faltando medicamento? Não é o fato de estar faltando medicamento, faltar medicamento é a consequência de algum ato público e que ato é esse? Falta de orçamento, planejamento e prioridade. Mas, afinal se o controle social é essa mão que vai trabalhar para concretizar o direito à saúde, nós temos que nos abeberar de conhecimento orçamentário, ninguém consegue fazer direito à saúde emergir se não tiver recurso e nós precisamos conhecer os recursos de onde vêm. Quanto temos para gastar esse ano na Política de Proteção à Mulher, na Política de Proteção à

Redução das Mortes de Nascituros, na Política das Doenças Crônicas? Como está sendo destinado esse dinheiro?

Senhores essa é a essência do básico de nosso trabalho, não fiquem somente reclamando que o direito está sendo violado, procurem saber por que o direito está sendo violado. Qual é o planejamento que está sendo feito para aquilo melhorar, e isso é que é essencial, senão ficaremos com aquele discurso de dizer assim 'o problema é seu'. Os Senhores tem que dar vazão a todos esses pedidos, esse é o mais lógico que podemos fazer. O mais racional para o controle social é fazer todas essas queixas, mas acompanhar e conhecer esse orçamento no Interior na Capital, controle social Municipal Estadual Federal eles têm que estar acessível a todos e eu não tenho que ter acesso a esses gastos para eu utilizar em momentos políticos eu tenho que ter acesso a estes gastos. E é este planejamento orçamentário para fiscalizar melhor o nosso ente público, essa é a responsabilidade maior.

Veremos que no nível de consolidação dos direitos tem dois fatores que eles influenciam muito nessa avaliação de concretização de direitos, teremos empobrecimento da população cada vez mais, a população envelhecendo, então veja qual é o tamanho desse problema da saúde que não é só falta de dinheiro nós temos demandas não é só demanda de doenças crônicas crescendo, falta de atenção primária para evitar, mas sabemos que nós já temos uma população com doenças crônicas e que temos que dar conta, então não adianta só cobrar que tem que aumentar atenção primária, na verdade tem que aumentar todo tipo de ação e todos os níveis de ação. Porque ninguém vai enterrar 800 pacientes renais crônicos em uma sepultura e dizer que a partir de hoje o mundo começa de outra forma nós temos que tratar do que tem demanda existente, tem paciente crônico e o que nós vamos fazer? Qual é a política de assistência? Qual é a qualificação do serviço que vai ser oferecido a essa população é a nossa preocupação, o que é pequeno deixamos de lado, cuidemos desse macro deixado de lado está fazendo com que as políticas ela se desvirtuem do caminho que elas deveriam estar.

NÍVEL DE CONSOLIDAÇÃO DA CF, DOIS FATORES QUE INFLUENCIAM

- Empobrecimento da população. Violação dos DH;
- Enfraquecimento da democracia. Comprometimento do Estado.

Assim cada um com uma demanda e o Secretário ou o Governador ou o Prefeito que atender aquela demanda, mas com certeza vai importar na outro o que é mais responsável fazer é conhecer todas as demandas. Vamos trabalhar com demanda individual. Vamos trabalhar com demanda coletiva porque quando nós temos um problema coletivo aquela é a comprovação de que o direito naquela área não foi assegurado, não basta só comprar remédio creiam nisso abastecimento é uma consequência, eu quero políticas públicas efetivas da base até o topo.

Porque que a União a cada ano está investindo menos e nós vamos ignorar esses fatos em que o estado e o Município está arcando com a responsabilidade que seria da União e nós não falamos nada da União porque afinal passou a Dilma, passou o Temer agora é o Bolsonaro e esse compartilhamento de responsabilidades de ente federativo isso não é da conta do controle social? Sim é da conta do controle social. Cada dia mais nós temos menos compartilhamento de orçamento da União com Estados e Municípios, cada dia mais Estados e Municípios estão assumindo o ônus da União e nós vamos fazer nada, somente cutucando o Estado e Município porque eu tenho acesso aqui a ele e eu posso pontualmente resolver um problema em que eu tenho que tratar no contexto coletivo Então são questões Senhores que podem desaguar no novo caminho de trabalho do controle social para efetivar o direito à saúde por que a União também ela tem uma parcela de responsabilidade e veremos que se você trabalha com o conceito de democracia que é um regime político que não é igual em que assegure a maior liberdade e a maior igualdade entre as pessoas, é claro que nós temos o enfraquecimento da democracia na medida em que eu tenho uma gama de cidadãos que não têm direito à saúde tem pessoas ainda aqui na zona rural do nosso Estado e ninguém me contou porque eu vi e fui às UBS's rurais aqui de Manaus da BR 174 e é possível ver pessoas que nunca tiveram acesso aos serviços de saúde, moram em um buraco nas quebradas, não importa, nunca tiveram acesso ao serviço de saúde nos levando a todo o momento repensar como nós queremos trabalhar a saúde com essa população e que precisa muito dos Senhores ela não precisa somente do Ministério Público não, ela precisa de todos porque são cidadãos que nem sabe que tem Ministério Público e controle social e nós é que temos que chegar a eles para ver então qual é a condição. Alguns obstáculos são colocados como corrupção, má gestão, ineficiência e subfinanciamento que sabemos são retratadas entre países.

OBSTÁCULOS

- Corrupção. Ineficiência;
- Má gestão. Ineficiência;
- Subfinanciamento.

O dispêndio da saúde no Brasil gasta 8.4% do PIB, a Espanha gasta 8.5% problema é a dimensão do país e o número populacional dos países, ou seja, você comparar Canadá que é 10% e Brasil 8.4%, Canadá tem a metade dos habitantes que o Brasil tem e 10.2% no Canadá é uma receita maravilhosa para se tratar a saúde e esses países são todos os que assumem a saúde como responsabilidade do Estado mostrando que quanto menos população e mais dinheiro eu tenho é claro que eu posso trabalhar mas políticas públicas da saúde.

DISPÊNDIO COM A SAÚDE

- BRASIL: 8,4% do PIB;
- ESTADOS UNIDOS: 15,47%;
- REINO UNIDO: 8,45%;
- ESPANHA: 8,5%;
- CANADÁ: 10,2%;
- AUSTRÁLIA: 8,9%.

Participação da União só para os Senhores terem uma ideia de 2000 a 2011 nós saímos de 59,8% para 44,7% agora está menos ainda e a cada ano vai reduzir mais ainda essa participação da União, além dessa redução formal nós temos aquela redução quando a união não oferta os medicamentos que são da sua responsabilidade e a gente aciona o Estado e o Município que fica mais próximo para obter aquele medicamento, são bilhões de reais que são gastos que a União deveria arcar e quem tem arcado é o Estado e o Município.

E até tenho pontuado muito o estado essa questão de incorporação de tecnologias aquelas que são realmente essenciais, aquelas que não são cobertas pelo SUS e que muitos profissionais da Medicina alheios ao que é o SUS, eles consideram que determinado componente tecnológico é o único que pode efetivar aquele direito à saúde e temos que repensar assim, não tem ninguém absolutamente soberano, ninguém, nem os médicos.

PARTICIPAÇÃO DA UNIÃO

- 2000 - 2011: caiu de 59,8% para 44,7% (IPEA);
 - Princípio da vedação de proteção insuficiente;
 - Estados e Municípios crescem nos gastos;
 - Transição demográfica (envelhecimento). Transição epidemiológica (doenças crônicas). Incorporação de tecnologias. Ampliação da rede;
- Prioridades: Quais indicadores da saúde querem alcançar?

A questão das prioridades da saúde vai delineando para aquela população e tem uma questão que eu sempre, aliás, é de lá que peço bloqueio de verbas. Questiono o seguinte no Estado em que há uma limitação orçamentária para a saúde em criar uma grande demanda. Quanto nós gastamos para passar para o Estado do Amazonas a disputa entre Garantido e Caprichoso, entre quadrilhas, entre carnaval e o que quer que seja e falta de dinheiro para serviços essenciais? E esse momento é que o controle social entra. Os Senhores sabem que nós temos na Assembleia Legislativa que aprova as leis orçamentárias Quando que o controle social se faz presente nessas decisões Quando que o controle social e já cobrei inclusive da Assembleia Relatório Quadrimestral apresentado na Assembleia Legislativa, então soubemos que houve uma audiência pública. Quem soube que foi realizada audiência pública para aprovação do Relatório Quadrimestral? Aonde foi publicado esse aviso?

Mas, nós pagamos R\$ 5.000,00 para dizer que determinado dia vai transmitir a briga de Caprichoso e Garantido? E por que nós não pagamos também para dizer que em determinado dia a Assembleia vai aprovar o Relatório Quadrimestral da saúde. Vejam foi feita uma pesquisa no Brasil a saúde hoje está em terceiro lugar de preocupação do cidadão, em primeiro lugar a corrupção segundo lugar a educação, terceiro lugar a saúde e nós sabemos por que a saúde está em terceiro lugar, porque a corrupção atinge a saúde, a educação e a segurança e ela acaba sendo o grande problema para concretizarmos esse direito à saúde, mas bem nós sabemos que quando falamos de corrupção nós temos alguns custos que já foram apurados o que vai para corrupção deixa de ir para uma política pública.

DESAFIOS DA GESTÃO

- Repensar o pacto federativo;
- Repensar serviço público ofertado. Qualidade. Resolutividade;
- Repensar relação público-privada.

MEDICAMENTOS ALTO CUSTO-STF

- REGRA: Registro na ANVISA;
- EXCEÇÃO: Demora da Anvisa no registro;
- REQUISITOS: a) solicitação de registro, salvo remédio para doenças raras e ultrarraras; b) existência de registro em agências internacionais; c) inexistência de substituto terapêutico.

CUSTOS DA CORRUPÇÃO

- Corrupção Petrobrás: R\$ 88 bilhões;
- Operação Lava Jato: R\$ 20 bilhões (ONU);
- FIESP: R\$ 100 BILHÕES (2,3% do PIB) perdidos;
- Sonegação: R\$ 400 bilhões;
- Presos por corrupção: mais de 700 presos num total de 550 mil detentos (0,1%).

Políticas públicas desvirtuadas, não estou falando do Governo do Estado do Amazonas estou falando de Brasil isso é prática o dinheiro tem que sair de algum lugar esse cofre público pensamos que ele não tem fundo e ele tem, ele é esgotável saindo muito de lá vai faltar em outras políticas, saindo muito de lá para corrupção não vai ter dinheiro para política pública e temos que atentar mesmo a corrupção onde entra o controle social. Como nós vamos aprovar os contratos que são submetidos ao controle social? Como nós vamos tratar de verificar a efetividade da prestação do serviço no controle social? Imaginemos como seriam políticas públicas sem corrupção? Como seria a efetivação da saúde se esses 88 bilhões da Petrobras eles se revertessem para a população brasileira. Vejam que esses dados é a face mais visível da corrupção quando apuramos na matemática a corrupção, primeiro que ninguém pratica corrupção sozinho, tem que ter um grupo, porque os sustentáculos é

o que muitas vezes definem a impunidade. Existe inúmeras condutas que importam em corrupção e que nós diariamente tem que refletir sobre o que eu estou fazendo para a corrupção se concretizar, diariamente. Essa é uma decisão pessoal e diária você decidir ser honesto, você decidir servir ao público, você servidor público de direito, mas de fato. Privilegiando aqueles interesses sociais e coletivos, somos servidores da sociedade Nós não somos servidores de A, B ou C nós somos servidores da coletividade Esse aqui foi o discurso do Sr. Ulysses Guimarães “no que tange a constituição a nação mudou, a constituição mudou, mudou na definição de poderes controle social entrou aí, mas também muito a limitação de poder foi configurada, mudou restaurando a Federação”. Afinal o ente mais importante não é só a União, porque onde a vida passa é no município dentro de um Estado então a reconfiguração do pacto federativo foi necessário, mudou quando quer mudar o homem em cidadão para mim a frase mais valorosa é “a constituição mudou quando quer mudar o homem em cidadão, afinal o que é ser cidadão: uma gama de direitos, mas uma gama de deveres e hoje é o dia de repensarmos aqui como controle social os deveres”.

CORRUPÇÃO X INEFICIÊNCIA

- Reduz a competitividade com acertos prévios;
- Não há preocupação em baratear o serviço. Comissão sob contratos;
- Burocratização, Morosidade, Falta de Transparência criam ambientes;
- Direciona custos para áreas desnecessárias. Grandes projetos.

CRISE DE CONFIANÇA NAS INSTITUIÇÕES

- Confiar nas instituições?
- Cumprimento das funções para possibilitar o bem estar coletivo, sem favorecimento de grupos ou pessoas a partir do prejuízo de outros;
- Surgimento de valores cívicos;
- Desconfiança necessária de cidadãos críticos. Fiscalizar.

EXPECTATIVA DO CIDADÃO

- Impunidade x Imunidade;
- Perplexidade. Descrença. Revolta;
- Leis impróprias;
- Como alterar a realidade?

PESQUISA DE CREDIBILIDADE DAS INSTITUIÇÕES

- 87% estão preocupados com a corrupção;

- Descrédito em todas as classes sociais;
- Primeira preocupação: corrupção. Depois saúde e educação.

VERDADES CAPTADAS NA PESQUISA

- Sistema é parcial em prol das elites, cada dia mais ricas;
- Trabalho duro não é recompensado;
- Crianças não terão futuro melhor porque país está em direção errada;
- Não há confiança nos líderes atuais.
- Mentira?

CONSEQUÊNCIA DA FALTA DE CONFIANÇA

- Falência do sistema constitucional;
- Desgaste dos valores sociais;
- Esgotamento do modelo atual de controle dos atos públicos;
- Aumento das vítimas da omissão do Estado.

CAUSAS INDICATIVAS:

- Instituições frágeis. O que fortalece?
- Hipertrofia do Estado. Estado social. Cargo de confiança Brasil (90.000); Inglaterra (cerca de 300). EUA (9.051);
- Impunidade – falta de estrutura de órgãos, qualificação de servidores, compromisso.

REACTUAÇÃO DOS ÓRGÃOS COM A SOCIEDADE

- Proteção do Homem deve ser a razão das decisões políticas;
- Confirmar a democracia como único regime permitido no Brasil;
- Reafirmar todos os compromissos constitucionais.

CONTROLE SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

- Mudar regras estruturais;
- Repensar sistema de ocupação de cargos público (confiança ou não);
- Repensar transparência dos atos públicos.

QUAL PAPEL DA CONSTITUIÇÃO?

- Pacificação social. Falta ética. Homem;
- Limitação formal e material de condutas indevidas;
- Proteger direitos de minorias e regime democrático.

ULYSSES GUIMARÃES

“Hoje, 05 de outubro de 1988, no que tange à Constituição, a Nação mudou. A Constituição mudou na sua elaboração, mudou na definição dos poderes, mudou restaurando a Federação mudou quando quer mudar o homem em cidadão, e só é cidadão quem ganha justo e suficiente salário, leem, escrevem e moram, tem hospital e remédio, lazer quando descansa”.

MAIS DEMOCRACIA!

- Transparência;
- Sociedade crítica;
- Aperfeiçoamento do sistema de controle;
- Acomodação dos interesses sociais e não individuais;
- Disputa do orçamento por grupos organizados. Arbítrio do Poder Executivo. Compromisso com futuras gerações.

DEBATE EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO

Segmento - Usuário

Pergunta – Sra. Emilene Nunes Mariano (Manaus).

A minha colocação é a respeito dos meus direitos que não são assegurados na questão do SISREG eu sofro isso no dia a dia, não só com a minha comunidade, onde sou Conselheira Local de Saúde da Unidade Geraldo Magela da Zona Leste de Manaus Na questão do SISREG a fila de espera é imensa. Saiu a questão da estrutura da pessoa lá na fila, mas agora o virtual ficou pior. Eu estou com pedra na vesícula fui diagnosticada há um ano na qual entrei com o risco cirúrgico, quatro meses depois é que o cardiologista foi marcado. Isso é para morrer na fila de espera. A outra colocação sobre o direito não assegurado é sobre a minha mãe que foi diagnosticada com câncer no colo do útero e não teve o direito de fazer a primeira quimioterapia, porque foi marcada três meses depois dizendo que a consulta da sua mãe foi liberada, infelizmente a minha mãe já estava morta. A questão do Tratamento Fora do Domicílio, meu pai teve deslocamento de retina e quando saiu o TFD dele já não tinha mais jeito, ele já estava cego. Então é isso meu povo que acontece infelizmente Dra. Silvana o conhecimento não é o bastante, conhecemos e lutamos sim pelo orçamento, falamos que o SUS é lindo, mas quando se falam na ponta, no dia a dia é que vivemos dias obscuros em nossas vidas de tantas perdas nesse momento é que sabemos realmente o que é que são os direitos assegurados e também tem várias demandas no Ministério Público da minha comunidade sobre assegurar o direito a colocar o marca-passo, assegurar o direito a fazer uma cirurgia cardíaca, assegurar o direito a

um medicamento de qualidade infelizmente isso não acontece e o Estado tem que observar mais os Usuários, Trabalhadores e Gestores.

Segmento – Gestor

Pergunta – Sr. Dário Vicente da Silva (Lábrea).

Creio eu que um dos grandes problemas da Saúde com relação ao financiamento, ou melhor, ao subfinanciamento ela já nasceu no bojo da Constituição de 1988 porque à educação foi assegurada 25% dos orçamentos e a saúde ficou em aberto foi nesse momento o nosso grande prejuízo. Nós que estamos na ponta temos 'N' fatores limitantes, inclusive do marco jurídico legal. Visitei uma maternidade anos atrás em Camaragibe região metropolitana de Pernambuco, uma maternidade linda um prédio de três andares equipada e o Prefeito não podia inaugurar porque não tinha funcionário e também não poderia fazer o concurso público porque ia ferir a Lei de Responsabilidade Fiscal, isso não quer dizer que a lei não tenha que ser aplicada só que eu acho que a saúde ela tem que ser prioridade número 1 em qualquer política pública. O Senador Cristovam Buarque dizia o seguinte “que todo o orçamento ele deve primeiro reservar o orçamento social e o que sobrar a gente divide” hoje acontece exatamente o contrário. São apenas colocações que eu queria fazer porque sofremos na pele a limitação da lei.

Segmento – Trabalhador

Pergunta – Sr. Marison Mendes de Souza (Santo Antonio do Içá).

Passei por sindicatos e estou aqui para representar os trabalhadores desse município, tenho orgulho também de ter trabalhado no Ministério Público. Então uma ótima qualidade de saúde depende dos nossos Agentes de Saúde e todos os anos aumenta a verba, mas não aumenta a remuneração desses Agentes de Saúde em nosso município, e quando essa verba aumenta ao invés de fazer e não estou falando em reajuste salarial e sim em revisão salarial, ao invés de fazer essa revisão para os Agentes de Saúde com o dinheiro que sobra eles contratam mais Agentes de Saúde ganhando aquele mesmo valor. Ao invés de dar aumento a quem precisa, não, eles pegam e contratam mais Agentes de Saúde e fica um monte de Agentes de Saúde recebendo aquele pouquinho de salário. Porque que não fazem mais concursos públicos para deixar o trabalhador mais à vontade e livre de perseguição política. Se Agente de Saúde falar mal de Prefeito e do Secretário de Saúde é demitido. Responsabilidade Fiscal existe tudo bem, mas se não tiver Agente de Saúde qualificado a tendência da saúde é piorar, então não adianta contratar porque “é amigo do meu vizinho”. Vamos acabar com o apadrinhamento político, tem muitos Agentes de Saúde que estão sem emprego e são mais capacitados do que os que estão atuando.

Segmento – Usuário

Pergunta – Sr. Jeferson Rosa Hauradou (Parintins).

Teve uma palavra muito bonita que a Dra. Silvana colocou no painel 'soberania', coisa que muitas pessoas não sabem o que é ser soberano e quando se privatiza acabou a soberania você não manda, você é mandado. Um país que vende o seu patrimônio não tem soberania é um país governado, o chamado 'rabetá'. Então o Brasil está se tornando um grande rabeta na mão das empresas internacionais e quando se sucateiam a saúde e educação algo que é muito importante para nós está nos levando para terceirização também. Algo que é grave no Brasil é quando se congela por 20 anos recursos da saúde e da educação e isso é uma vergonha. A saúde se faz com saúde e não com doença, não é quando a pessoa adocece que vamos fazer saúde. A saúde se faz com prevenção não temos recursos para contratar Equipes da Saúde da Família nos municípios distantes. Sou de uma comunidade rural e de um assentamento de Vila Amazônia, mas antes de tudo sou agricultor familiar e usuário do SUS. Sou Conselheiro de Saúde em Parintins. Foram apresentados dados e números do que já foi recuperado de desvio de recursos públicos de quase um trilhão, mas também está mais de um trilhão que nosso Governo atual perdeu agora. É uma vergonha o agronegócio, os banqueiros, as grandes empresas e a grande mídia. Querem tirar da reforma da previdência, professores do campo enquanto juizes, promotores, desembargadores e generais continuam com seus salários intactos e suas aposentadorias vitalícias. A pergunta é para o Ministério Público, como o povo do Amazonas deve fazer para corrigir todas as injustiças desde que no nosso próprio Estado o que mais existe é injustiça social quando se investe em festa e se deixa de investir em educação e saúde.

Segmento – Usuário

Pergunta – Sr. Elson Melo (Manaus).

Sou Vice-Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Manaus e uma das considerações que eu quero fazer no primeiro momento é quando nós tratamos aqui da questão da equidade e um dos problemas, por exemplo, que nós que temos dificuldade de locomoção é no ato da inscrição porque quem está aqui à frente tem certa prioridade, quem tem dificuldade de locomoção na hora de se inscrever tem que fazer recurso à própria mesa, então é a primeira questão que gostaria de deixar claro na minha intervenção inicial. Aponto para o art. 3º da CF que ele nos remete, por exemplo, à redução das desigualdades sociais e regionais e esse é um debate que tem que ser trazido por todos nós trabalhadores, usuários, capital e interior porque nós aqui no Estado do Amazonas vivemos uma particularidade diferenciada do sul e do sudeste no que tange a recursos. Na hora do debate deixar de lado essas questões de Manaus e Interior porque nós temos que colocar o princípio acima de tudo que é o Sistema Único de Saúde que está sendo ameaçado a todo o momento. Está no Plenário uma proposta de Moção pela revogação da Emenda Constitucional nº 95 e é

dessa maneira que nos debates em grupo temos que nos debruçar sobre a revogação dessa emenda. Como é que vai haver desenvolvimento com congelamento por 20 anos?

CONSIDERAÇÕES DA PALESTRANTE DRA. SILVANA NOBRE DE LIMA CABRAL

As questões que foram colocadas aqui nos angustiam porque diariamente vemos essa situação levada ao Ministério Público por inúmeros usuários como a **Sra. Emilene Nunes Mariano** (Manaus). Nós estamos trabalhando nessa questão do SISREG já algum tempo e com alguns avanços que obtiveram, não podemos esquecer que o sistema não anda por si só, não é inteligente a ponto de caminhar sem a interferência humana. A organização desses profissionais que trabalha junto ao SISREG ela sempre vai ser necessária e vimos, por exemplo, ano passado uma questão me tocava toda vez que vários usuários iam ao Ministério Público e não recebia comunicado das consultas. Esse era o caso mais emblemático que nós enfrentávamos no Ministério Público, a consulta estava autorizada no SISREG, mas o usuário não sabia da consulta e chegou um tempo que nós observamos na Promotoria que nós tínhamos em torno de 35 denúncias de falta de marcação de consulta tanto no estado como no município. Entramos em contato com o SISREG para pedir informação sobre a consulta daquele paciente e fomos informados que a consulta estava agendada só que ele não apareceu. Nós passamos a cobrar a comunicação ao usuário que deu entrada no SISREG, melhorou, mas não está perfeita a construção. Em termos nacionais o próprio Ministério da Saúde ele reconhece essa falta de eficiência absoluta do SISREG tanto que está lançando uma versão atualizada esse ano inclusive para permitir que as filas de consultas e cirurgias sejam acessíveis à população, que o cidadão possa acompanhar como seu pedido está no sistema e ver para onde ele foi direcionado, é claro que isso não vai prejudicar a comunicação do órgão ao usuário, esse é o ideal até pela dificuldade das pessoas em acessar a *internet*, mas o próprio Ministério da Saúde tem pensado em melhorias. Achamos que o problema é no SISREG, mas não, é a demanda reprimida por isso é importante todo e qualquer serviço ser regulado passar pelo SISREG. É a regulação que vai nos trazer essa visão global do que o estado ou município precisam fazer para atender a todos para ofertar serviços necessários. O **Sr. Dário Vicente da Silva** (Lábrea) falou da questão do subfinanciamento e aí comungando com que o **Sr. Elson Melo** (Manaus) falou é o momento de nós nos posicionarmos sobre a Emenda Constitucional nº 95 e nós podemos nos posicionar no Judiciário porque essa emenda tem um julgamento para acontecer e está com o Ministro Sr. Ricardo Lewandowski ele precisa ouvir a sociedade sobre esses efeitos da emenda constitucional e infelizmente o Ministério Público, a Procuradora-Geral da República Sra. Raquel Dodge já deu o parecer dela e ele é favorável. Então mais importante ainda fica a voz

do controle social então é o momento de discutir. Quanto à questão feita pelo **Sr. Marison Mendes de Souza** (Santo Antonio do Içá) que nos trouxe essa situação da revisão salarial. Um julgamento do STF até que considera que o teto salarial e a jornada de trabalho dos profissionais da saúde deve ter uma indicação da União, claro que é revisão salarial ela tem que acontecer é um direito de todos isso está na Constituição Federal até porque é um fator que sustenta a dignidade humana, tem que ser revisto dentro do sistema hoje temos um problema muito sério de limite prudencial que os estados e municípios estão alcançando, do outro lado do direito de revisão tem a responsabilidade do gestor, mas é fato que não podemos sucatear o serviço público e colocar o servidor público como subcidadão. Ele é aquele agente que faz a saúde e nesse momento não há o mais importante ou menos importante. Quando pensamos em saúde como um sistema, ela só dá certo se todos trabalharem e se para dar certo todos têm de trabalhar então todos são importantes, quer seja o faxineiro, que faz a limpeza do hospital para reduzir o nível de contaminação de infecção hospitalar, que seja um médico que está no topo da cadeia, mas no meio da cadeia há trabalhadores que são muito importantes para o sistema dar certo. Então o olhar tem que ser sistêmico. O **Sr. Jeferson Rosa Hauradou** (Parintins) falou sobre a questão da terceirização como uma situação que viola a soberania a terceirização ela é permitida e sabemos em que termos ela é permitida. Concordo com você quando diz que viola a soberania quando essa terceirização ela está chegando a um patamar que é claro não é um serviço complementar, mas veja que antes disso os entes públicos têm e o controle social tem uma função determinante nisso no que o estado vai poder terceirizar porque hoje não há estabelecido o tipo de serviço que pode ser terceirizado, por fim todo e qualquer tipo de serviço foi terceirizado. Há alguns parâmetros nacionais que já são classificados como serviços de atividade-meio, mas não serviços de atividade-fim. Esse olhar do controle social na avaliação da terceirização acima de tudo porque como sabemos tudo tem um custo, não podemos criar um custo a mais do que deveria ser, nós temos que trabalhar sim com patamares razoáveis de pagamento que os entes públicos possam arcar, porque como a terceirização acaba com a disputa, acabou que quem dita o preço é o terceirizado e não o agente público e nós temos que inverter essa situação para reduzir a terceirização temos que investir na carreira pública, mas também avaliar os ônus da carreira pública não é somente aumentar salário, só isso não vai nos garantir um serviço público eficiente. Nós servidores públicos também temos que nos submeter à avaliação de produtividade, de eficiência e de resolutividade porque tem o bônus, mas tem o ônus. Uma dedicação exclusiva requer uma reavaliação global do nosso sistema.

Apresentação do Eixo II: Consolidação dos Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)

Palestrante: Dra. Nair Chase da Silva (Graduada na Escola de Enfermagem de Manaus Mestre em Educação pela Universidade Federal do Amazonas, Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Professora da Universidade Federal do Amazonas, Atuou nas áreas de Saúde Coletiva, Educação em Saúde, Educação em Enfermagem, Vigilância em Saúde, Líder do Grupo de Pesquisas em Educação em Saúde e Enfermagem. Atualmente é Diretora da Escola de Enfermagem de Manaus).

Coordenador de Mesa: Sr. João Paulo Marques dos Santos

Relator: Sr. Ricardo Elias Duarte Rabello

Secretária da Mesa: Sra. Mary Anne Araújo Delgado

A **Dra. Nair Chase da Silva** após participar de inúmeros eventos vê pessoas novas e isso leva à percepção que os militantes do SUS estão sempre se renovando, isso é importante para que as forças se renovem também. Faz uma breve enquete para saber quantos estudantes, usuários do interior, professores, trabalhadores da saúde e gestores estão presentes. Pergunta também quem leu os documentos que estão dispostos no *site* do Ministério da Saúde sobre a 8ª + 8 a 16ª Conferência. E quem não tinha nascido antes de 1986. E quem não tinha nascido antes de 1986. Apresentou um tema para pesquisa relacionado ao que o Sr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Secretário Estadual de Saúde do Amazonas) falou sobre a Conferência Municipal de Saúde de Manaus ter acontecido em 1992, a impressão que ficou é que não chamamos de Primeira Conferência de Saúde e sim de Pré-Conferência para os que gostam de pesquisa acho que é um tema interessante fazer uma pesquisa a respeito dos temas das conferências que aconteceram em Manaus e nos temas que foram discutidos. Os documentos colocados à disposição pelo Conselho Nacional de Saúde trazem aspectos completos em relação ao histórico das conferências. Dispomo-nos a ampliar esses conceitos dos princípios do SUS e ressignificar porque é natural que depois de 33 anos algo tenha mudado do ponto de vista da compreensão do que esses conceitos queriam dizer à época e do que eles representam para todos nós nesse momento.

LINHA DO TEMPO DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE A PARTIR DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CONFERÊNCIA	ANO	TEMÁTICAS
8ª	1986	Saúde como direito;
9ª	1992	Municipalização é o Caminho.
10ª	1996	Saúde, cidadania e políticas públicas;
11ª	2000	Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social;
12ª	2003	Direito à saúde;
13ª	2007	Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI.
14ª	2011	Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro.
15ª	2015	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro.
16ª	2019	Democracia e Saúde "Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS".

A 8ª Conferência Nacional de Saúde representa um marco na história da política de saúde brasileira, antes disso até a 7ª Conferência Nacional de Saúde não havia participação popular e apenas a 3ª Conferência Nacional de Saúde é que trouxe alguma aproximação com os temas que hoje nós trabalhamos. Até a 7ª Conferência Nacional de Saúde a realização era feita por técnicos do Ministério da Saúde, então a população não tinha essa forma de participação como usuária do serviço e que precisava se manifestar em relação aos serviços que para elas estavam sendo destinados.

Por esse motivo da 8ª Conferência Nacional de Saúde e em uma rápida olhada por amor ao tempo podemos observar que a saúde como direito é um tema recorrente na temática das conferências de saúde. Dentro de cada uma dessas temáticas tem um texto desenvolvido com subtemas. Assim como, nesta conferência que tem por tema “Democracia e Saúde” apresenta também os três eixos que serão desenvolvidos.

Por que então aconteceu uma conferência que teve um potencial tão grande de mudar inclusive o texto constitucional? Se olharmos o Brasil do ponto de vista das políticas de saúde antes de 1986 vamos observar que nós convivemos hoje com dois modelos assistenciais muito fortes, o Modelo Médico Assistencial Privatista e o Modelo Sanitarista Campanhista.

O Modelo Sanitarista Campanhista é aquele que marcou os idos do Oswaldo Cruz na medida em que as doenças pestilenciais no início do ano 1900 assolavam o país, então era preciso fazer campanha de saúde pública para debelar doenças na perspectiva de que a economia brasileira não sofresse prejuízos em função dos imigrantes que para nosso país se destinavam, desta forma foram feitas uma série de ações de campanha desenvolvidas por Carlos Chagas e por Oswaldo Cruz para que essas doenças diminuíssem do ponto de vista da recorrência e não atingisse tantos estrangeiros, porque os brasileiros já estavam convivendo com alguns desses microrganismos desenvolvendo assim uma resistência natural.

O Modelo Médico Assistencial Privatista é a relação de consulta entre paciente e o profissional de saúde. Esse modelo tem toda a estrutura de organização.

O que difere a Estratégia Saúde da Família para o Modelo Médico Assistencial? Algumas características como: no Modelo Médico Assistencial a população vai até o consultório médico e no Modelo Saúde da Família os profissionais vão até a casa do usuário para que conheçam de fato quais são as condições de vida e saúde das pessoas.

No Modelo Médico Assistencial há uma relação direta onde alguns profissionais se sobrepõem sobre outros. No Modelo Saúde da Família há o privilégio do trabalho em equipe que tem um papel importante na produção de saúde da população. Tais diferenças no caso do Modelo Saúde da Família, ainda não são conhecidas por teóricos e por associações que trabalham com a questão da saúde, como ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Os pensadores da saúde viram que esses modelos não resolviam como se gostaria os problemas de saúde da população Então se começou a forjar nesse movimento sanitário que deu origem a reforma sanitária formas diferentes de pensar como desenvolver saúde para que a população tivesse acesso e melhor qualidade de vida.

Antecedentes da 8ª CNS

A 8ª CNS como uma mudança de paradigma no modelo de atenção vigente.

- ✓ Modelo Sanitarista Campanhista
- ✓ Modelo Médico Assistencial Privatista

Podemos dizer que o SUS todo o seu arcabouço do ponto de vista doutrinário e organizativo foi uma mudança de paradigma no país e como toda política social e pública ela precisa de um tempo para ser entendida e incorporada. Surgindo assim vários questionamentos, por exemplo, por que o SUS tem tantas falhas e a resposta é porque as mudanças não se dão da noite para o dia.

Do ponto de vista dos princípios do SUS temos os doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e os filosóficos (a essência do sistema) e os organizativos (originam a estruturação do SUS). Podemos pensar que a universalidade não mudou ao longo desses 33 anos, mas se refletirmos veremos que ele mudou sim, porque até entendermos que a saúde é um direito universal todo cidadão brasileiro, ou seja, quando nós chegávamos como usuários se aquele serviço não tivesse aquele grau de complexidade nós não éramos atendidos, pois nós não pensávamos a UNIVERSALIDADE dentro do sistema

É verdade que quando os princípios doutrinários do SUS foram criados não existia a EQUIDADE o que existia era IGUALDADE, qualquer documento antigo em relação aos princípios do SUS encontramos a palavra IGUALDADE e o interessante de toda essa discussão sobre a IGUALDADE e a EQUIDADE é que começamos com o apoio de filósofos antigos a exemplo de Aristóteles e Kant a entender que IGUALDADE era diferente de EQUIDADE.

A IGUALDADE ela é como se fosse algo linear. Todos nós temos direitos ao SUS e isso é IGUALDADE. De acordo com a Constituição somos iguais perante as leis e o SUS. Porém, será que todos nós somos iguais mesmo? Será que nós não adoecemos e morremos de forma diferente? Agora desses iguais onde é que estão as diferenças? Se tivermos um grupo de idosos eles serão todos iguais? A resposta é, não! Um será acamado, ou deambulante, ou hipertenso, ou diabético, ou terá Alzheimer! Esse é um grupo de iguais idosos nesse ponto de vista, mas eles guardam em si as diferenças que precisam ser observadas e analisadas e quem faz essa análise diferenciada é a EQUIDADE.

Nessa perspectiva Aristóteles falava que todos são iguais e a lei é igual, mas as particularidades são diferentes. Mas, será que uma pessoa acamada ela terá o mesmo acesso que uma pessoa deambulante se o serviço de saúde não se dispuser a ir à casa do acamado? Ele terá o direito, mas não terá o acesso. É diferente daquele usuário que pode como deambulante chegar até o serviço de saúde. A máxima da EQUIDADE é tratar os diferentes de forma desigual não podemos dar o mesmo tratamento para uma pessoa que tem limitações que damos aquela que não tem limitações, esse amadurecimento levou-nos a substituir a expressão IGUALDADE por EQUIDADE, tanto que a geração mais nova jamais ouvirá falar em IGUALDADE, mas irá ouvir falar em EQUIDADE por se tratar de um conceito mais atual. A INTEGRALIDADE é um termo polissêmico (que tem vários sentidos) ela pode ser vista no indivíduo quando olhamos do ponto de vista biológico, econômico social e

espiritual. Essa visão holística da pessoa também pode ser vista em família e comunidade.

Ao passarmos para os princípios organizativos vamos ver a regionalização e a hierarquização. Venho da Fundação Cesp em que trabalhei na lógica da hierarquização e da regionalização, tínhamos as unidades L1 L2 L3 L4 e Unidade Mista que tinham ações específicas para o seu grau de complexidade, formando em si uma região de saúde. Posso dizer que muito do que se pensou em termo de sistema único tem origem na estrutura criada pela Fundação Cesp. Digo com muito orgulho que não tive dificuldades de agregar o SUS à minha prática profissional.

Descentralização e comando único é uma unidade de menor complexidade para uma unidade de maior complexidade trabalhar com sistema de referência e contra referência sem perder o comando único do nível municipal, estadual e federal. E a participação social é o que estamos vivenciando nesta Conferência de Saúde e a cada mês quando participamos da reunião do Conselho Municipal de Saúde. Estou afastada da saúde coletiva e como professora de saúde coletiva sempre levei meus alunos para os para reuniões do Conselho Municipal de Saúde porque eu queria que eles vissem como é que a participação popular se dá.

A cada quatro anos através de uma disciplina Educação em Saúde que eu ministro, saíamos para as escolas, associações e grupos comunitários falando sobre as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como forma de participação da população. Nós como Universidade e por isso perguntamos quantos alunos nós temos aqui, era a maneira que tínhamos de inserir o nosso aluno nesse cotidiano do SUS, da participação social, então perguntei para minha colega se ainda estavam levando os alunos às reuniões do conselho e a resposta foi “faz uns três anos que não levamos mais”. Que grande pena porque quando o aluno sai da Universidade ele sai zerado sobre o SUS do ponto de vista prático de ver como a população participa.

CONSOLIDAÇÃO DO SUS - REAFIRMAR OS PRINCÍPIOS DO SUS

DOCTRINÁRIOS	ORGANIZATIVOS
Universalidade	Regionalização e Hierarquização
Equidade	Descentralização e Comando Único
Integralidade	Participação social

CARACTERÍSTICAS DO MODELO DE ATENÇÃO PARA CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS

- ✓ Integralidade do cuidado;
- ✓ Garantia do acesso;
- ✓ Regionalização e descentralização dos serviços;
- ✓ Ações humanizadas e resolutivas de saúde e voltadas às necessidades de toda a população;
- ✓ Ações de planejamento e avaliação que respeitem as diferentes necessidades e problemas de saúde locais e regionais;
- ✓ Intervenção nos problemas de saúde de forma mais precoce e longitudinal, ou seja, com possibilidades de acompanhamento dos indivíduos em seus contextos familiares e territoriais.

AVANÇOS CONSIDERADOS

- ✓ Modelo de cuidado centrado em pessoas, aumentando a integralidade e o custo-efetividade;
- ✓ Atenção longitudinal por uma mesma equipe de profissionais cuidando das pessoas, inseridas em seus territórios e construindo suas comunidades, em diferentes momentos de seus ciclos de vida, sem restrições por conta de etnia, orientação sexual, identidade de gênero ou estrato social, o que determina melhores indicadores sócio-epidemiológicos;
- ✓ A Atenção Básica como porta de entrada mais coerente e adequada ao sistema;
- ✓ Aumento da resolutividade de ações;
- ✓ Afirmação da Atenção Básica como melhor cenário para formação de profissionais.

De 11 a 14 de novembro DE 2019 a Associação Brasileira de Enfermagem fará o seu 71º Congresso Brasileiro de Enfermagem com 61 congressos realizados em todo o Brasil e o tema que nós do Amazonas escolhemos para discutir é a EQUIDADE dos grupos sociais representantes dos quilombolas, dos indígenas, também sentimos falta do grupo LGBT, dos ribeirinhos e da população em situação de rua, por que para essas pessoas com o avanço do SUS foi construída uma política de promoção da EQUIDADE que está no *site* do Ministério da Saúde e é interessante conhecermos. Essas políticas não foram construídas como benesse do Ministério da Saúde elas foram construídas na medida em que os grupos sociais se organizaram,

na medida em que os negros em um sentimento de pertença se reconheceram como valorosos, que os indígenas, a população LGBTI, os ribeirinhos, que a população em situação de rua reconheceram o seu valor e a responsabilidade que o estado brasileiro têm sobre eles.

A nova Política Nacional de Atenção Básica que com todas as críticas que fazemos legaliza o que é legítimo que são as nossas unidades fluviais. Participo do PMAQ e eu não entrevisto nenhum indivíduo na unidade se não for com a equipe porque o próprio instrumento é extremamente pedagógico-didático e mostra o que os serviços de saúde devem fazer para melhorar o seu desempenho e a qualidade da assistência à saúde das pessoas.

AÇÕES QUE CONTRIBUÍRAM PARA CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS

- ✓ Criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);
- ✓ Ampliação e as novas diretrizes do Telessaúde;
- ✓ Criação do Programa Brasil Sorridente;
- ✓ Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- ✓ Criação do Programa Mais Médicos, ampliando a cobertura territorial com a presença do profissional de saúde e conseqüentemente aumento quantitativo e qualitativo da população atendida.

DEBATE EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS

Segmento – Trabalhador

Pergunta – Sra. Gigellis Duque Vilaça (Autazes).

Temos aqui duas situações que acontecem na consolidação dos direitos do SUS é a parte da regionalização que o nosso estado ainda está caminhando em relação aos outros estados e também trazer aqui questão da EQUIDADE para os nossos ribeirinhos venho de uma comunidade ribeirinha passando por todos os cenários que vocês possam imaginar desde as viagens rurais antes das UBS's Fluviais, antes de se ter a PNAB de 2017 que reconhece todos os trabalhos que a atenção básica vem desenvolvendo com os ribeirinhos.

E isso nós temos que trazer em pauta aqui na conferência de ter o acesso com EQUIDADE a essa população onde muitas vezes eles só têm contato com os Agentes de Saúde e como é difícil essa parte de subfinanciamento porque para trazer um paciente de uma comunidade, dos municípios mais longínquos ou fazer uma remoção aérea vocês não imaginam o quanto o município gasta e é difícil fazer saúde nos municípios daqui com essa longa distância que existe na Região Norte. E deixo como sugestão a abertura para qualificação profissional porque como nós vamos fazer a regionalização se não tem profissionais qualificados. Interessante que a UFAM e a UEA estão abrindo o processo para o Mestrado Profissional, mas nós temos que ter mais acesso dos profissionais do interior porque é muita dificuldade se ter um polo e a PNAB traz a qualificação dos Agentes de Saúde para fazer alguns procedimentos que eles não estão habilitados. O CETAM também traz a parceria, mas ainda é mínima. Nós é que temos o dever de fortalecer essa qualificação profissional para podermos chegar à EQUIDADE que nós sonhamos e trazemos entre tantos encontros que temos com gestores e outro parceiro da saúde para conseguirmos a saúde que nós queremos e sonhamos.

Segmento - Usuário

Pergunta – Sra. Emilene Nunes Mariano (Manaus).

Sobre as resoluções que são produzidas nas conferências, infelizmente não temos como acompanhar, parece existir uma caixa preta que só é aberta a cada quatro anos. Se pudéssemos pegar uma resolução para fazer o acompanhamento na efetividade seríamos mais participativos, porque sabemos que há quatro anos aprovamos várias demandas. No entanto, ao participarmos de uma nova conferência observamos que não se faz uma conferência de fato e sim uma nova conferência com um tema que já foi discutido. Tem que haver um avanço desse tema. Temos que nos empoderar das resoluções que são produzidas e não nos são apresentadas. Em qualquer conferência quer seja municipal, estadual ou nacional é de suma importância os documentos produzidos serem apresentados para o empoderamento do nosso dia a dia. Sou Conselheira Municipal com participação efetiva e construímos resoluções desde a base, porém quando precisamos ampliar uma discussão democrática não temos documentos e ficamos perdidos. No site do Conselho Nacional observamos a existência de documentos orientadores, mas quando se fala de Conselho Estadual sentimos essa carência em saber que resoluções foram tomadas nas outras e nesta conferência para saber no que avançamos e no que ainda devemos avançar.

Segmento - Usuário

Pergunta – Sr. Elson Melo (Manaus).

Sobre os avanços que ocorreram e como dizem nos tribunais abro aqui o voto divergente com o que a **Sra. Emilene Nunes Mariano (Manaus)** acabou de falar aqui, porque acreditamos que a cada conferência nos é ofertado um grande aprendizado

para todos nós. A 8ª Conferência Estadual de Saúde, por exemplo, teve como grande marco pavimentar o terreno para que nós pudéssemos incluir na Constituição de 1988 a criação de um sistema único que é o SUS. Um dos primeiros avanços que nós tivemos é esse e a partir daí começa a ocorrer na verdade diversos avanços no nosso Sistema Único de Saúde, surgindo também novas informações, metodologias e formas de interpretação. A Dra. Silvana Nobre de Lima Cabral falou sobre uma medida que o Supremo Tribunal Federal tomou que se utiliza de um argumento jurídico chamado de 'mutação constitucional' ou 'hermenêutica constitucional' aonde se muda o contexto do que está escrito na Constituição sem mudar a essência. O Supremo Tribunal Federal aponta para a questão dos medicamentos, então esses avanços nós vamos ter que ir acompanhando no controle social. Tem um momento que nós vivemos hoje em termo de controle social que é a criação dos Conselhos Locais de Saúde, são conselhos por Unidades de Saúde da mesma forma paritária com 50% para trabalhadores 25% para gestores e 25% para servidores, ou seja, são avanços que vamos tendo ao longo do tempo e vai nos deixando na verdade caminhar a passos largos. Sobre a questão da EQUIDADE reitero que uma coisa é ter financiamento da saúde para Sul e Sudeste onde o município é um ao lado do outro e o outro é o financiamento da saúde para o Estado do Amazonas com uma realidade totalmente diferenciada.

Segmento - Usuário

Pergunta – Sra. Maria Audirene de Souza Cordeiro (Parintins).

Alguns pontos são de meu mais profundo interesse. Temos que ter consciência de que este estado, sobretudo na capital sempre legislou para a capital. A Capital do Estado do Amazonas hoje tem em torno de dois milhões de habitantes e o segundo maior município deste estado (Parintins) tem 113.000 habitantes o que significa dizer que as políticas públicas de consolidação do SUS e também da educação não conseguem olhar para a diversidade que é a população do interior desse estado. Essa migração desconforme que tem acontecido para capital tem acabado com o Sistema de Saúde, porque enquanto as políticas públicas de assistência básica não chegarem até as unidades distantes da capital nós teremos uma saúde falida na capital porque não dá conta da Atenção Básica que é um dos princípios do SUS. Se pensarmos em EQUIDADE é necessário que a distribuição orçamentária, a espinha dorsal, a partir da qual temos que pensar uma política pública de saúde para os estados da Região Norte. Quando formos para a Conferência Nacional nós não temos que pensar como Estado do Amazonas, mas como Região Norte e Região Amazônica porque temos a mesma realidade, a mesma extensão territorial e as mesmas demandas de várzea, terra de planalto e populações tradicionais. Como pensar a saúde pública, consolidação do SUS e os princípios básicos quando não pensamos em segurança alimentar no Estado do Amazonas? O que mais nos mata é AVC e infarto! Por que temos uma alimentação que não estabelece alimentação saudável do bem-viver, precisamos apostar numa

reeducação alimentar e precisamos pensar isso a partir da saúde e não necessariamente fora disso. As práticas integrativas deveriam ter um espaço considerável, temos no estado a maior diversidade bioecológica e as populações tradicionais que há milênios cuidam da saúde do corpo e da mente a partir de práticas não consolidadas ainda no SUS nessa região e que talvez precisem ser consolidadas, há irmãos indígenas, quilombolas e ribeirinhos que há muito não veem a sua forma de cuidar do corpo e da mente consolidada como política pública desse estado. Seria interessante que nós pensássemos sobre o que estamos fazendo hoje como política pública para a consolidação dos princípios do SUS.

CONSIDERAÇÕES DA PALESTRANTE DRA. NAIR CHASE DA SILVA

Uma das questões pelas quais a Escola de Enfermagem de Manaus criou o Mestrado Profissional foi nessa perspectiva de melhorar a qualidade de assistência à saúde da população e não só da população de Manaus. O nosso Mestrado é Enfermagem no Contexto Amazônico e quando nós fomos para a seleção desejamos selecionar muito mais os que estão atuando em outros municípios do que em Manaus para que essas ações pudessem chegar ainda que de forma tímida, mas sendo fortalecida a cada versão do mestrado nessas localidades. Porque nós temos o Mestrado Acadêmico que atende a necessidade de formação de professores. Então nós estamos muito felizes em ter esse Mestrado Profissional com duas alunas que são de outros municípios que não do município de Manaus. O Mestrado Profissional serve para criar produtos e tecnologias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, assim os alunos do Mestrado Profissional, podemos dizer que estão ‘quebrando a cabeça’ para ver o que é que eles podem criar para que o serviço possa usufruir desse conhecimento que a partir de agora eles passam a adquirir. Quanto à questão da regionalização que foram colocadas em relação a como fazer saúde no Amazonas a minha resposta é um plágio do Sérgio Arouca “nós Amazônidas temos que criar o SUS Verde”. O SUS do resto do país não nos atende, nós temos características bem específicas e nós sabemos como lidar com elas nós temos que nos desafiar a ser criativos para criar um sistema de saúde que atenda as nossas especificidades. Na academia vejo os olhos de grandes universidades quando nós falamos em ‘ambulancha’ porque o que se conhece é ‘ambulância’, mas quando falamos em ‘ambulancha’ porque as nossas estradas são os nossos rios os Senhores não sabem o quanto isso gera expectativa a ponto dos Programas de Doutorado dizer “*você tem o seu projeto, mas tem que ter algo voltado para a população ribeirinha e tem que ter algo voltado para a população indígena*”, e nós não podemos entregar naturalmente esse capital que nós temos nas mãos de outros profissionais porque nós somos os legítimos donos, então nós precisamos ser criativos e precisamos nos empenhar para desenvolver um SUS VERDE e valorizar aquilo que nós temos, não na postura de vítimas, porque nós temos potencial, mas na postura de que nós somos

capazes e que nós vamos fazer da nossa realidade situações completamente inovadoras para o Brasil. A **Sra. Emilene Nunes Mariano** (Manaus) colocou a questão das conferências de saúde nós as realizamos e não podemos esquecer que faz parte da legislação que os municípios deverão fazer suas conferências a cada dois anos e a Nacional a cada quatro anos, significa dizer que a cada dois anos nós temos a possibilidade de avaliar as nossas ações, ver as nossas fragilidades e as nossas potencialidades e a cada quatro anos esse movimento se torna mais robusto. Demócrito Moura publicou um livro com o título: SAÚDE NÃO SE DÁ, CONQUISTA-SE. Então não vamos esperar por algo que possa ser-nos dados, nós temos que sair à luta. Temos que criar condições e buscar informações. O Ministério da Saúde é uma fábrica de documentos a cada momento que se abre o *site* encontra-se um documento novo e precisamos conhecer esses documentos, porque a Lei sem nós buscarmos colocá-la em prática é letra morta. Quanto ao **Sr. Elson Melo** (Manaus) entendo que o SUS nós construímos a cada dia e não a cada dois anos ou a cada quatro anos. O SUS legaliza situações legítimas que nós levamos de qualquer parte do Brasil, experiências exitosas, trocas de informações e não perder de vista aquilo que foi produzido. É ler o documento da 8ª Conferência Nacional de Saúde porque é um documento histórico. A saúde avançou, se nós não fizermos isso nós nos tornaremos apenas tarefistas, executores de procedimentos sem uma visão crítica sem uma reflexão crítica com risco de nos tornarmos inocentes úteis. É preciso que conheçamos a legislação e que nos coloquemos a favor quando ela beneficiar a coletividade e contra quando nós soubermos que ela não nos interessa. É uma tarefa fácil? Não! Mas, é uma tarefa possível e necessária. A **Sra. Maria Audirene de Souza Cordeiro** (Parintins) respondo que quando a estratégia do Programa Saúde da Família foi implantado em Manaus e que o Conselho Municipal votou como Estratégia Saúde da Família colocamos alunos do Curso de Técnico de Enfermagem nas Casas de Saúde da Família, vocês não imaginam a quantidade de situações que eu e os alunos descobrimos. O programa ainda que ele não tivesse essa intenção ele foi desvirtuado porque chegávamos em uma casa se descobria um hipertenso que não sabia que era hipertenso, chegava na outra casa tinha um que sabia que era hipertenso como não tinha remédio suficiente o que era hipertenso pegava o comprimido no meio e dava a metade para o outro que era hipertenso e não sabia. Isso aconteceu muito até que ele recebesse mais comprimidos que era para o que descobriu que é hipertenso devolver o comprimido. Então a Estratégia descobriu uma população doente e ela teve que se dividir entre promover saúde e cuidar das pessoas. O número de pacientes com hipertensão e diabetes era altíssimo, não havia suporte que não tinha contra referência e nem referência e que o estado dizia “pega que o filho é teu vocês estão ganhando muito e nós estamos ganhando pouco” para o profissional “nós vamos fazer o trabalho de vocês”. O programa mudou depois para Estratégia porque o Ministério não reconheceu enquanto o Enfermeiro não entrou na equipe E depois é que ele foi se qualificando, mas a própria cobertura da Estratégia é baixa para dar respostas a essas situações da Atenção Primária em saúde, que seriam situações que obrigatoriamente teriam que se dar respostas. Reconhecemos

essa situação que nós não temos uma rede de vazão do nível primário para o nível secundário, além do direito de ir e vir das pessoas em grandes levas dos seus municípios pelas dificuldades que tem.

Apresentação do Eixo III: Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS

Palestrante: Dr. Jurandi Frutuoso (Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará, Especialista em Gestão de Sistemas Locais de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília – UnB). Atualmente é Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Coordenadora de Mesa: Sra. Dayana Priscila Mejia de Souza

Relatora: Sra. Suzy Oliveira Ribeiro

Secretária da Mesa: Sra. Keth Lucineide Lucas Santana

O Dr. Jurandi Frutuoso inicia ao dizer que é preciso estar unidos para salvar o país e o sistema de saúde. São duas questões necessárias que exigem prudência, conhecimento, arte, mais juízo que valentia, mais poder de convencimento do que ousadia de peitar, porque do contrário nós iremos em pouco tempo sentir o revés da nossa falta de competência em lutar com a adversidade. Isso também serve para o Conselho de Saúde, para os Conselheiros e para as Conferências de Saúde. Brigamos há muito tempo e estamos perdendo todas e vou provar. A Conselheira falou que é comum você ver resolução de conferências e na próxima olhamos para trás eu não vimos o que foi executado. A 8ª Conferência teve 42 resoluções, a 13ª e a 14ª tiveram quase 600 resoluções e não lembramos de nenhuma. Assim temos que fazer o debate com muita competência e escolher para propor, algo que seja estruturante para o sistema e o Governo seja obrigado a aceitar porque aquilo é uma predominância e uma opinião forte do povo brasileiro não de algumas categorias e não apenas propor algo que interessa ao meu ‘umbiguinho’, ou minha ‘questãozinha pessoal’ ou ‘meu probleminha corporativo’ ou então perderemos todas.

SAÚDE NO CONTEXTO ATUAL

- É preciso discutir saúde olhando para a política;
- O Brasil vive uma crise política, fiscal e econômica sem precedente;

- Os sistemas de saúde são essenciais à saúde sanitária dos povos e são responsáveis por parte significativa do PIB Mundial (\pm 10%), mas precisam ser tratados com a devida importância;
- O mundo vive uma crise global de democracia representativa, os partidos ficaram velhos, as políticas sociais estão ameaçadas e os sistemas de saúde também. *(A ordem liberal está desmoronando? – Roberto Mughat e Taylor Owen) (IBM-2007, Espanha e Portugal -2008, Canadá-2017, UK-2018);*
- A corrupção e a violência são o cupim da democracia. Precisamos descobrir o que temos em comum. É preciso reinventar a crença no Brasil!
 - Restabelecer a confiança.
 - Entender o que a modernidade pode fazer, mas com equilíbrio.
- Os governos para funcionar precisam de estabilidade, de escola, de tecnologia da informação, de ciência, de cultura, de organização e de trabalho. Enfim, "o mundo precisa de desempenho, não de mando".

Fonte: jurandi.frutuoso@gmail.com

O SUS

Em quase duas décadas e meia de existência, tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira.

Pelos resultados alcançados são inegáveis os avanços do SUS, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira.

Fonte: jurandi.frutuoso@gmail.com

O SUS: AVANÇOS E DESAFIOS

AVANÇOS	DESAFIOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expansão de cobertura <ul style="list-style-type: none"> ○ Hospitais ○ APS ○ RAE (câncer, OP, etc...). ▪ Programas exitosos (reconhecimento mundial) <ul style="list-style-type: none"> ○ Transplantes ○ PNI ○ AIDS ○ Medicamentos ○ Saúde da Família ○ Mais Médicos ▪ Melhoria de indicadores 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo Institucional ▪ Modelo Assistencial ▪ Incorporação tecnológica ▪ Política de valorização de RH ▪ Participação Social ▪ Judicialização ▪ Financiamento (algumas comparações) <ul style="list-style-type: none"> ○ % PIB – 1,8% PIB -3,4% ○ Gasto Público x Gasto total – (42% x 58%) ○ Ataques Constitucionais ○ Ajuste Justo (Banco Mundial)

- 1) Apesar do êxito, muito falta ser feito.
- 2) Reformas são necessárias
- 3) Saúde precisa entrar na pauta dos governantes

CF; EC-29 (2000); Lei 141 (2012); EC (2014); Lei 13.097 (2015); EC-95 (2016).

Fonte: jurandi.fruituoso@gmail.com

Para aqueles que não entendem o sistema ou que não conseguem conceber como uma coisa de sucesso foi publicada no Jornal O Globo uma matéria sobre financiamento no sistema e sobre a questão da eficiência ainda se reportando ao relatório do Banco Mundial que o Governo brasileiro encomendou em 2014 e que agora saiu o resultado e ninguém está questionando para dizer que está errado destruindo a nossa capacidade de reação porque eles colocaram como razão que o SUS é ineficiente causa um dano e ele não pode sobreviver com essa ameaça sem um contraponto que seja lógico. Nós e o governo silenciámos sem reagir levando a história a passar como verdadeira até o final.

O Brasil tem um sistema de saúde que em 30 anos o mundo todo respeita. Tem uma frase da Sra. Margaret Chan Diretora Geral da Organização Mundial da Saúde que disse “o SUS é invejado pelo mundo todo”. No entanto, nós brasileiros não temos a capacidade e a coragem de defender isso com a ênfase que a estrangeira ‘defendeu’. E é por isso que apanhamos e perdemos. Agora não vamos querer ter no Brasil um país subdesenvolvido um sistema de saúde com 30% de analfabetos, 50% de falta de saneamento, 13 milhões de desempregados, 50 a 60 mil mortes por arma de fogo e 60 mil mortes no trânsito a cada ano mostrando a completa desagregação social e o país que falta andar muito para poder ter um nome de ‘país desenvolvido’. Importante para o sistema é o fortalecimento da Atenção Primária, o Mais Médico, o Brasil Sorridente, o PMAQ. O sistema está montado para doenças agudas, enquanto 75% da carga de doença do Brasil são de doença crônica. Seriam 500 UPA’s, mas temos mais de 1.350 e dessas quase 400 fechadas porque não tem como abrir. E ninguém detém Emenda Parlamentar para fazer UPA.

A CRISE NA ASSISTÊNCIA

- Sistema montado para pacientes agudos, enquanto mais de 75% da carga de doença são de condições crônicas de saúde;
- Agenda não concluída de infecciosas, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva (TMM);
- Forte predominância relativa de doenças crônicas e de seus fatores de risco como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas;
- Crescimento das causas externas.

Fonte: jurandi.frutuoso@gmail.com

A SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO

1. A saúde tem crescimento exponencial em todo o mundo. Em 2015 predominaram os mesmos fatores que elevam esses custos:

- Envelhecimento populacional;
- Inovação na geração de novos medicamentos e tecnologias médicas;
- Aumento de coberturas assistenciais em países em desenvolvimento.

2. Em outros países em desenvolvimento a tendência dos gastos com saúde se inverte e têm como causa principal da retratação:

- Gestão pública;
- Economia;
- Governabilidade.

3. Em 2013, último ano com informação global da OMS os gastos com saúde alcançaram:

- PIB Mundial: 8,6% (US\$ PPP);
- Gasto Público: 57,6%;
- Américas: 49,4%;
- Europa: 72,5%;
- Nas Américas: 13,6% (puxados pelos USA e Canadá);
- Na Europa: 8,9%;
- No Brasil:
 - Gasto Total: 9,7% PIB;
 - Gasto Público: 48%.

Obs. Alguns riscos contribuem para o crescimento do gasto público nos últimos anos:

- ✓ Migração na Europa;
- ✓ Recrudescimento de algumas epidemias na África (Ebola) e Brasil (Arboviroses);
- ✓ Crise econômica na Espanha, Grécia.

4. Comparações da situação do Brasil com as outras economias mundiais.

O que preocupa:

No Brasil a crise tem impactado tanto os gastos públicos e os planos de saúde. Segundo cálculos realizados pelo André Médici os gastos federais em saúde se reduzem em 9% entre os anos de 2014 e 2015.

Países como Brasil e Venezuela, na América Latina e Rússia, na Europa, tem apresentado grave deterioração nas condições de saúde.

A crise também tem impactado no setor de saúde suplementar (-1,2mi de vidas).

5. Algumas observações sobre os reflexos da economia na saúde

A gestão da economia tem forte reflexo em todos os setores de um país, e na saúde não é diferente.

Em curto prazo as crises aumentam o desemprego, concentra a renda e empobrece as famílias.

6. Caminhos para que a saúde retome a rota de fortalecimento.

- ✓ No âmbito do DIREITO
- ✓ No âmbito do FINANCIAMENTO (+RECURSO E +EFICIÊNCIA)
- ✓ No âmbito da GESTÃO - remuneração por resultado (estabelecimentos e RH)
- ✓ No âmbito da COORDENAÇÃO do SUS com o setor privado (mais coordenação)

Fonte: André Médici, Revista Hospitalar, abr. 2016

Fragilidades do SUS

- Modelo Institucional esgotado?
- Modelo Assistencial fragmentado e com foco em doenças agudas;
- Gestão do Trabalho – formação inadequada de profissionais e gestão de pessoas ineficiente (2 milhões);
- Ciência e Tecnologia - incorporação tecnológica desregrada e pressionada pela Judicialização;

- Participação Social – centrada na vigilância do gestor e não no cuidado com o sistema;

Financiamento – insuficiente, injusto e negligenciado.

Fonte: CONASS

CUSTOS DA SAÚDE

Os serviços de saúde são caros e os gastos crescentes.

- ❖ OMS: os serviços de saúde representaram:
 - 1997 - 8% do PIB mundial ou U\$ 3 trilhões (WHO, 2000);
 - 2009 - 9,4% do PIB mundial (WHS, 2012).
- ❖ Estudo prospectivo dos gastos em Saúde no período de 2002 a 2020:
 - Países da OCDE: crescerão de 2,7 trilhões (8,5% do PIB) para 10 trilhões (16,0% do PIB);

Nos Estados Unidos, pelos dados estimados pela OCDE, os gastos com saúde já são 17,2% do PIB. As projeções são de gastos superiores a 20% do PIB já em 2020 (Pricewaterhouse Coopers Health Institute, 2006).

Fonte: CONASS

Uma das fragilidades do Sistema Único de Saúde é o financiamento afirma a WHS - Work Health and Safety uma fonte oficial que diz que o gasto com saúde vem aumentando progressivamente no mundo não é no Brasil, e na matéria do Jornal O Globo trazia que o financiamento de saúde no Brasil cresce vertiginosamente não acompanhando o *per capita* brasileiro como pode acompanhar se 7% da inflação da saúde é maior do que a média de inflação do país. Isso mostra que o mundo todo está sofrendo com a angústia do aumento do financiamento e não apenas o Brasil.

O DESAFIO DO FINANCIAMENTO PASSA PELAS SEGUINTESS QUESTÕES

- ❖ Compromisso com os princípios constitucionais do SUS.
- ❖ Necessidade de aumentar os gastos públicos em Saúde no Brasil.
- Movimento em Defesa da Saúde Pública;
- Novo Pacto Federativo e Reforma Tributária.
- ❖ Redução das desigualdades regionais.

Definição sobre o critério de rateio dos recursos da União, conforme previsto no Artigo 17 da LC 141/2012

Fonte: CONASS

Tentaram colocar 30% da Seguridade Social para saúde na Constituição e não cumpriram. No ano 2000 votaram a vinculação dos recursos com a Emenda nº 29 que criou duas obrigações e uma injustiça, criou a obrigação de 12% dos recursos dos Estados e 15% dos Municípios vão para a saúde e a União vai gastar o que empenhou no ano interior mais a variação nominal do PIB.

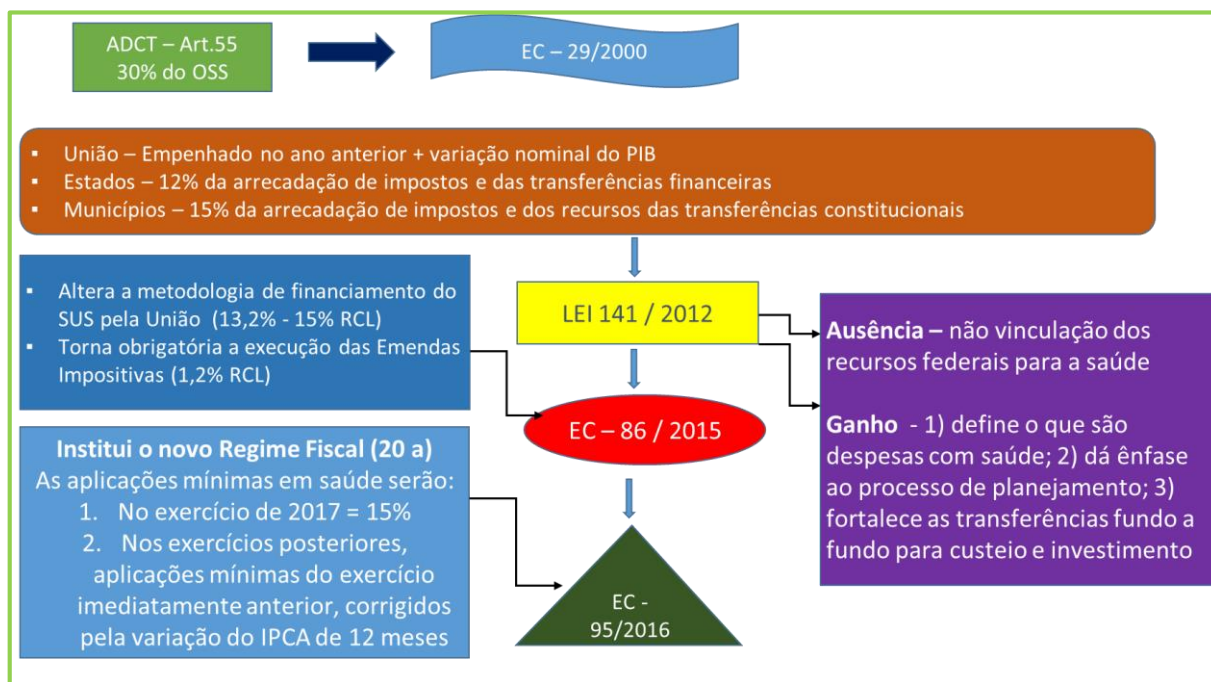
Então um ente tem uma regra e os dois menores tem outro tipo de regra e vinculou dessa maneira, o que não dá certo. Pois, os gastos dos Estados e Municípios foram aumentando paulatinamente e a União foi se encolhendo de maneira perversa.

Depois disso nasceu a Lei nº 141/2012 e achávamos que ela seria posto os 10% na receita corrente bruta e qual foi a surpresa da madrugada, é que ela simplesmente não mudou nada, continuou 12% e 15% e a União da mesma forma com o anterior e a variação nominal do PIB. Apenas disse que era obrigação o que todos nós já sabíamos que estava na Lei 8.080/1990.

Assim fizemos aquele Movimento Saúde+10 com 2 milhões de assinaturas ao Presidente da Câmara. O que aconteceu? Nada ou muita coisa, como a Emenda era forte o Governo teve que discutir e ao invés de atender o que nós pedimos ele mudou a Lei que criou em 2015 a Emenda nº 86.

Dissemos 'vai piorar', se não vai dar os 10% então não dê nada! Esqueçamos esse abaixo-assinado, mas eles continuaram insistindo até que votaram a Emenda nº 86 e com isso nós perdemos 10 bilhões de reais. Essa é a saga das derrotas da saúde no Congresso Nacional. Não bastasse nos achataram com a história da Emenda nº 95.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO



Fonte: jurandi.frutuoso@gmail.com

Essa é a comparação que se faz do Brasil com o mundo é o que mostra a Organização Mundial de Saúde. O total de gasto público em saúde sobre o percentual do PIB: a Alemanha gasta 9.40%, a Argentina 4,90%, o Brasil 3,80% e também gasta 9% do PIB, mas há um problema, o nosso gasto de 3,80% é quanto à questão do gasto público e 5,20% é gasto privado, acontece que o sistema é público, universal e gratuito, no entanto menos da metade é dinheiro público mostrando que há uma grave incoerência. Ocorre que nenhum país de sistema universal consegue manter sistema com menos de 6%. Portanto, nós estamos 2% abaixo da Espanha, Portugal, Reino Unido e Alemanha. E o povo diz 'tem dinheiro suficiente o que não tem é gestão', existem as duas faltas: gestão e financiamento, mas atribuir somente à gestão os problemas do SUS não é justo, porque não tem dinheiro suficiente para fazer o sistema funcionar como deve funcionar. Nós perdemos 10 bilhões de reais na Emenda nº 86 e recuperamos 8 milhões de reais em 2017 quando da negociação da Emenda nº 95.

GASTOS PÚBLICOS COMPARADOS EM SAÚDE EM RELAÇÃO AO PIB

Países	TOTAL DE GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE SOBRE O PIB (%)
Alemanha	9,40
Argentina	4,90
BRASIL	3,80
Espanha	6,50
Estados Unidos	8,50
Panamá	4,30
Portugal	5,90

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION World Health Statistics 2014 Disponível em <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/m. Acesso em 4 abr.2018 Apud: Conselho Nacional de Saúde - Radiografia da Tributação do Setor de Saúde 2018.

GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE - SIOPS

Tabela: Gasto público em ações e serviços públicos de saúde (ASPS)¹ em comparação ao PIB² - Período de 2002 – 2018

Ano	PIB - (Valores em milhões R\$)	População	Federal			Estadual			Municipal			TOTAL		
			Despesa (Valores em mil R\$)	Despesa por habitante (Valores em R\$)	Proporção do PIB (%)	Despesa (Valores em mil R\$)	Despesa por habitante (Valores em R\$)	Proporção do PIB (%)	Despesa (Valores em mil R\$)	Despesa por habitante (Valores em R\$)	Proporção do PIB (%)	Despesa (Valores em mil R\$)	Despesa por habitante (Valores em R\$)	Proporção do PIB (%)
			(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(A+D+G)	(B+E+H)	(C+F+I)
2002	1.488.788	174.632.960	24.736.843	141,65	1,66%	10.447.105	59,82	0,70%	12.029.688	68,89	0,81%	47.213.635	270,36	3,17%
2003	1.717.951	176.871.437	27.181.155	153,68	1,58%	12.904.186	72,96	0,75%	13.765.417	77,83	0,80%	53.850.758	304,46	3,13%
2004	1.957.750	181.581.024	32.703.495	180,10	1,67%	17.272.899	95,13	0,88%	16.409.723	90,37	0,84%	66.386.118	365,60	3,39%
2005	2.170.584	184.184.264	37.145.779	201,68	1,71%	19.664.416	106,76	0,91%	20.287.287	110,15	0,93%	77.097.481	418,59	3,55%
2006	2.409.450	186.770.562	40.750.155	218,18	1,69%	22.978.253	123,03	0,95%	23.568.595	126,19	0,98%	87.297.003	467,40	3,62%
2007	2.720.263	183.989.711	44.303.496	240,79	1,63%	25.969.634	141,15	0,95%	26.426.564	143,63	0,97%	96.699.694	525,57	3,55%
2008	3.109.803	189.612.814	48.670.190	256,68	1,57%	30.976.460	163,37	1,00%	32.471.345	171,25	1,04%	112.117.994	591,30	3,61%
2009	3.333.039	191.480.630	58.270.259	304,31	1,75%	32.274.085	168,55	0,97%	34.542.847	180,40	1,04%	125.087.191	653,26	3,75%
2010	3.885.847	190.747.855	61.965.198	324,85	1,59%	37.296.383	195,53	0,96%	39.290.644	205,98	1,01%	138.552.225	726,36	3,57%
2011	4.376.382	192.379.287	72.332.284	375,99	1,65%	41.511.838	215,78	0,95%	46.005.793	239,14	1,05%	159.849.915	830,91	3,65%
2012	4.814.759	193.946.886	80.063.148	412,81	1,66%	44.822.698	231,11	0,93%	52.034.361	268,29	1,08%	176.920.208	912,21	3,67%
2013	5.331.618	201.032.714	83.053.255	413,13	1,56%	52.148.018	259,40	0,98%	59.908.108	298,00	1,12%	195.109.381	970,54	3,66%
2014	5.778.953	202.768.562	91.898.531	453,22	1,59%	57.305.396	282,61	0,99%	67.381.118	332,31	1,17%	216.585.044	1.068,14	3,75%
2015	5.995.786	204.450.649	100.054.862	489,38	1,67%	60.540.190	296,11	1,01%	72.223.158	353,25	1,20%	232.818.211	1.138,75	3,88%
2016	6.533.726	206.081.432	106.235.537	515,50	1,63%	63.293.423	307,13	0,97%	78.501.613	380,93	1,20%	248.030.574	1.203,56	3,80%
2017	6.603.236	207.660.929	114.700.610	552,35	1,74%	68.338.952	329,09	1,03%	82.536.582	397,46	1,25%	265.576.144	1.278,89	4,02%
2018	6.677.032	208.494.900	116.820.887	560,31	1,75%	66.254.035	317,77	0,99%	83.107.328	398,61	1,24%	266.182.249	1.276,68	3,99%

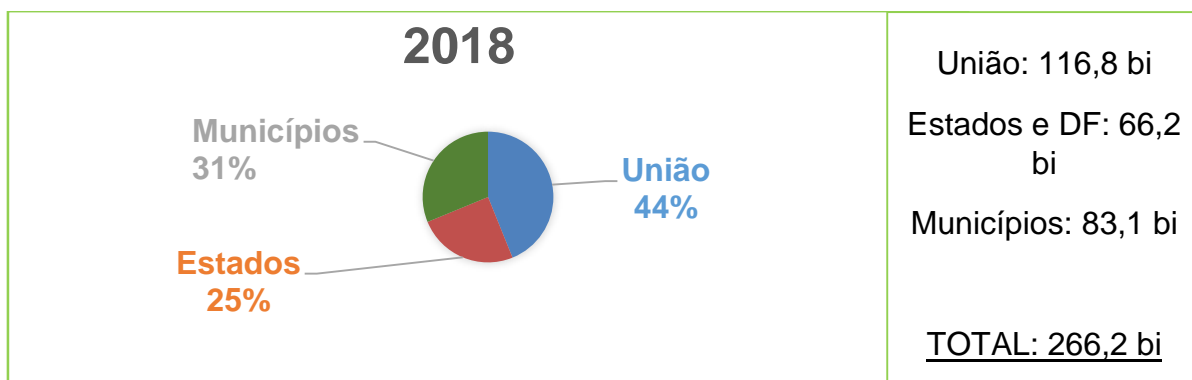
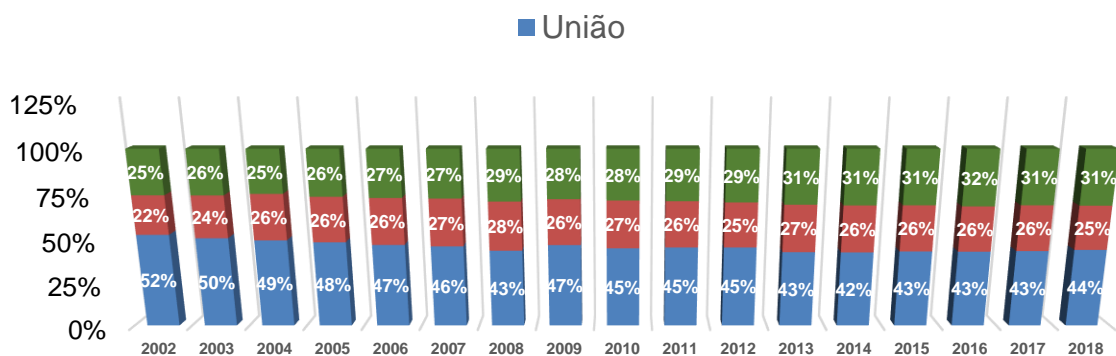
Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) para os dados da União (a partir do ano de 2013), Estados, DF e Municípios; Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do Ministério da Saúde para os dados da União (de 2002 a 2012). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) para os dados populacionais e valores do Produto Interno Bruto (PIB). Elaboração: DESID/SE/MS.

Notas: 1) As despesas em saúde consideradas foram contabilizadas conforme Art. 3º da LC 141/2012. Não entram no cálculo aquelas despesas que não atendem ao princípio universal do SUS constantes no Art.4º da LC 141/2012, como Despesas com inativos e pensionistas, planos de saúde de servidores públicos, clientela fechada etc.

2) A consulta do PIB foi realizada por meio do site <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9300-contas-nacionais-trimestrais.html?edicao=23883&t=downloads>

3) A consulta da população foi realizada por meio do site <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=16985&t=resultados>.

DIMENSIONAMENTO POR ESFERA DE GOVERNO, 2002 – 2018

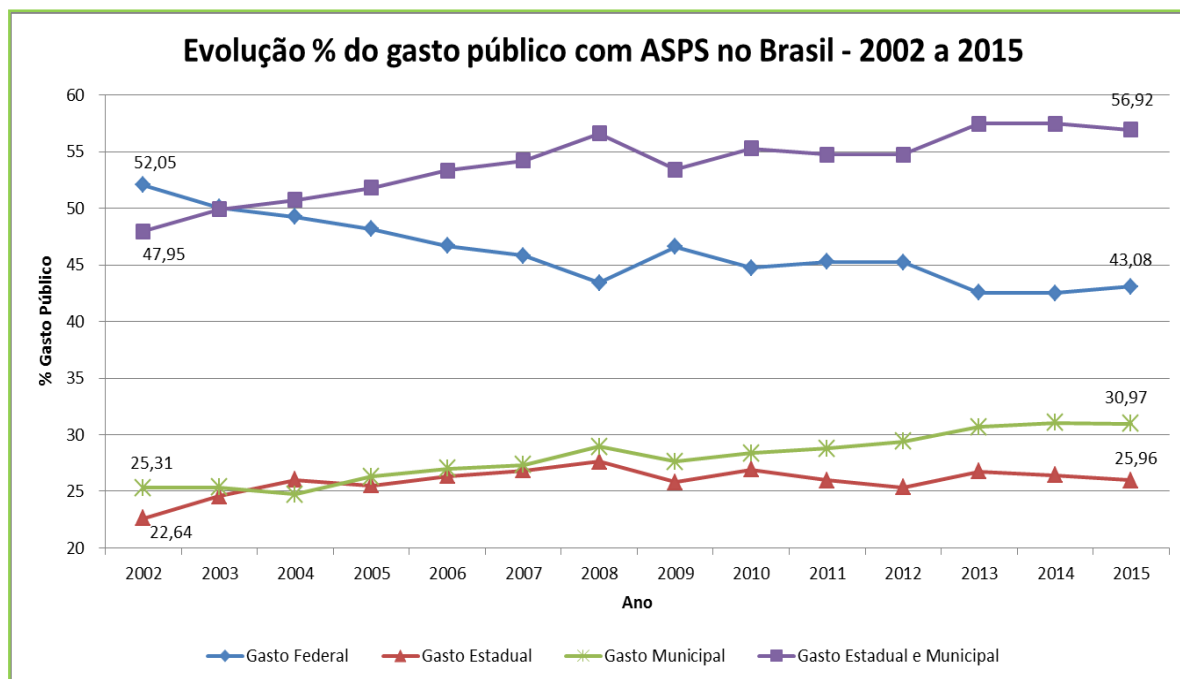


Elaboração: Coordenação-Geral de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento - CGES
 Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento - DESID
 Contato – E-mail: desid@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-3682

**VARIAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PER CAPITA DOS ENTES FEDERADOS EM ASPS
 (VALORES DEFLACIONADOS PELA MÉDIA DO IPCA PARA 2011)**

Entes Federados	Per capita do exercício de 2000		Per capita do exercício de 2004		Per capita do exercício de 2011	
	R\$1		R\$1	Variação em relação ao exercício de 2000	R\$1	Variação em relação ao exercício de 2000
Estados	85,57		136,29	59,3%	212,85	148,8%
Municípios	90,07		129,47	43,8%	238,72	165,0%
Gasto Público Total	424,33		523,78	23,4%	827,56	95,0%

Fonte: Câmara dos Deputados – NT nº 12, de 2013 – CONOF/CD



Fonte: Câmara dos Deputados – NT nº 12, de 2013 – CONOF/CD DRU

A DRU - Desvinculação da Receita da União não dá o dinheiro suficiente e ainda cria uma regra que agora piorou antes a DRU desvinculou 20% agora aumentou para 30%, então incide a obrigação da saúde sobre 70% do dinheiro não sobre 100% do dinheiro isso é de agora e foi prorrogado até 2023.

A Desvinculação de Receitas da União é um mecanismo que permite ao governo federal usar livremente 20% de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas. A principal fonte de recursos da DRU são as contribuições sociais, que respondem a cerca de 90% do montante desvinculado. Em Julho de 2015 o Governo Federal enviou ao CN a PEC 87/2015 estendendo o instrumento até 2023.

Impostos federais como o IPI e o IR não poderão mais ser desvinculados.

Receita	Regra atual	PEC
Impostos	20%	Fora da DRU
Contribuições sociais e econômicas	20%	30%
Acréscimos legais de impostos e contribuições	20%	Fora da DRU
Fundos constitucionais (FCO/FNE/FNO)	-	30%
Taxas	-	30%
Compensações financeiras – Recursos hídricos e minerais	-	30%

Fonte: PEC 87/2015

Fonte: Senado Notícias

O Jornal Estado de São Paulo disse em 20 de fevereiro de 2018 “em 15 anos o Governo Federal retém 31 bilhões em gastos para saúde, ou seja, empenha o recurso para cumprir a Constituição, não paga, cancela o empenho e leva o dinheiro de volta” e isso está acontecendo todos os anos no Brasil.

REGRESSIVIDADE FEDERAL NO CUSTEIO DO SUS DÁ CAUSA A UMA GUERRA FISCAL DE DESPESAS

Contabilidade criativa. Recursos estavam previstos no Orçamento, mas acabaram cancelados ou não foram pagos; mesmo assim, despesas serviram para ajudar o governo a atingir o valor mínimo estabelecido pela Constituição para gastos com saúde

Em 15 anos, governo federal retém R\$ 31 bilhões em gastos para saúde

Adriana Fernandes Ligia Fornhami / BRASILIA

O governo federal segurou R\$ 31,25 bilhões de gastos cancelados para a área de saúde nos últimos 15 anos. São despesas do Orçamento da União destinadas à saúde, mas que na prática acabaram canceladas ou ainda não foram efetivamente executadas e pagas.

Esse valor poderia bancar, por exemplo, 12,46 das mais complexas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), com nove médicos. Também seria possível pagar 161 milhões de sessões de hemodiálise e 70,5 milhões de partos normais, além de comprar 379 mil ambulâncias. O montante representado equivale a um quarto de todo o Orçamento do Ministério da Saúde em 2018.

Apesar de não terem sido quitadas ao final de cada ano, essas

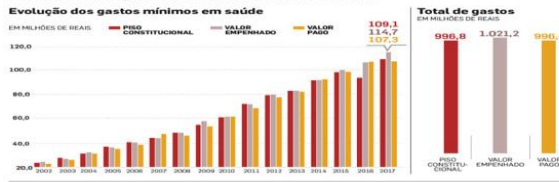
despesas serviram para o governo comprovar, em cada exercício, o cumprimento do mínimo previsto na Constituição — o piso de recursos que o governo tem de obrigatoriamente destinar para aplicação em saúde.

Levantamento feito pelo *Estado de São Paulo* mostra que os gastos representados na saúde somam R\$ 19,4 bilhões e os cancelados, R\$ 11,8 bilhões. Nos dois casos, essas cifras passam a fazer parte da rubrica “restos a pagar”, como são chamadas na contabilidade pública as despesas empenhadas (comprometidas e ainda não pagas) que são transferidas de um ano para o outro. O empenho é a primeira fase da despesa pública, quando o governo assume, como fornecedor ou prestador de serviço, o compromisso de pagar por determinado produto ou serviço. O possível não se transforma em despesa liquidada e paga.

“É uma promessa que não são se cumpre. Um cheque pré-datado, se empenha e o dinheiro de fato não chega”, disse Grazielle David, assessora do Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc). Segundo ela, quem mais perde com esse represamento de recursos são os municípios, que precisam colocar mais dinheiro na área da saúde para atender a demanda crescente. “Os municípios já estão no limite”, Grazielle ressalta que isso já vinha acontecendo, mas que em 2017 a retenção dessas verbas “foi assistadora”.

NOVA PEDALADA

● Governo federal segurou bilhões em recursos destinados à saúde



Na virada de 2017 para 2018, por exemplo, o Ministério da Saúde incluiu R\$ 15,6 bilhões como “restos a pagar” — um valor recorde. Para cumprir o valor mínimo previsto para saúde no ano passado, que foi de R\$ 109 bilhões, o governo usou R\$ 8 bilhões de restos a pagar.

Parte desses recursos, segundo o levantamento, levam até 10 anos para serem quitados. Em 2017, por exemplo, o governo ainda estava pagando R\$ 9 milhões de despesas de 2007 e R\$ 20 milhões de despesas de 2008. O mais grave, entretanto, são os cancelamentos dos “restos a pagar”, que atingem até mesmo despesas liquidadas e que, teoricamente, já teriam sido realizadas. Ao todo, cerca de R\$ 4 bilhões de “restos a pagar” processados foram cancelados entre 2003 e 2017.

O histórico da evolução dos gastos com saúde mostra que os cancelamentos foram expressivos no ajuste fiscal do primeiro ano de governo Lula, em 2003, e depois voltaram a crescer a partir de 2009, quando as práticas de contabilidade criativa passaram a se disseminar, principalmente em 2011, depois da posse da ex-presidente Dilma Rousseff.

Em 2012, o Congresso aprovou uma lei complementar tentando limitar o uso de “restos a pagar” no cumprimento do piso da saúde. A medida contribuiu para dar mais transparência à fiscalização, mas não reverteu o problema.

● Comparação

161 milhões de sessões de hemodiálise poderiam ter sido feitas com o montante que ficou parado

379 mil é o número de ambulâncias que seria possível comprar

70,5 milhões partos normais teriam sido feitos

Histórico das pendências por ano de empenho



PONTOS-CHAVE

Recursos da saúde

● **Orçamento**
Nos últimos 15 anos, despesas com a saúde totalizaram R\$ 32,25 bilhões ou foram canceladas ou ainda não foram executadas ou pagas



● **UPAs**
O valor poderia bancar anualmente 10,416 das mais complexas UPAs. Também seria possível comprar um total de 379 mil ambulâncias.



● **Restos a pagar**
Quando as despesas são canceladas ou não são executadas ou pagas entram na rubrica “restos a pagar”; alguns levam até 10 anos para serem quitados.

Fonte: Estado de São Paulo, 20. fev. 2018

Criaram a Emenda Constitucional nº 95 e congelaram por 20 anos os gastos com saúde no Brasil só que esqueceram quatro pontos fundamentais:

1. A população cresce em torno de 1,7% ao ano;
2. Envelhecemos e adoecemos precisando cada vez mais de cuidados permanentes;
3. Constantemente temos novas tecnologias, antes era só Raio-X, agora é Raio-X, Tomografia, Pet Scan só que um não mata o outro, por exemplo, o Raio-X continua vivo e continuando nascendo outras tecnologias que se acumulam;
4. A inflação da saúde no Brasil em média nos últimos 10 anos era 7% acima da média da inflação.

OBSERVAÇÕES SOBRE A EC-95

1. A EC nº 95/2016 alterou a Constituição Federal para instituir novo Regime Fiscal para os poderes da União e órgãos federais com autonomia administrativa e financeira integrantes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, com vigência para 20 anos.

2. O piso de aplicação em saúde (valor mínimo obrigatório a se empenhar no setor) está congelado nos valores de 2017 (15% da Receita Corrente Líquida – RCL, conforme a EC nº 86/2015 (Valor anterior + IPCA).

3. O texto estabeleceu vedações do tipo: 'caso ocorra necessidade de novas despesas haverá uma redefinição das despesas de outras áreas para que a regra geral não seja violada. Isso implica no desmanche do SUS, pois não se levou em conta:

Crescimento populacional;

Envelhecimento populacional;

Incremento de novas tecnologias;

Inflação da saúde que historicamente é maior que a média inflacionária.

4. O Sistema Único de Saúde – SUS tem sofrido com uma base insuficiente de financiamento. No entanto, a Emenda Constitucional nº 95/2016 levará a saúde a uma crise de financiamento sem precedentes. Ainda que o país cresça e as receitas reajam positivamente, as despesas primárias estarão restritas ao teto de gastos. Isto é, elas se reduzirão como proporção do PIB ou das receitas. Bruno Moretti.

5. PERDAS:

I) da EC nº 29/2000 para EC nº 86/2016 = 17 bilhões;

II) da EC nº 86 para PEC nº 241 = 12,7 bilhões em 2 anos (2017 e 2018). (Soter e Moretti)

6. Congelar por 20 anos recursos financeiros federais destinados ao SUS (necessidade da população + inflação do período) é ignorar a regra constitucional de garantia de saúde como direito.

7. O desinvestimento, o aumento do desemprego e a queda de renda se agravarão e forçosamente mais pessoas virão para o SUS (Aumento de clientela e mais exigência) enquanto reduz-se o recurso.

8. Apenas a melhoria da eficiência não responde por essa necessidade. A melhoria na gestão pública não implica consequentemente em redução de gasto público. A medida adotada se caracteriza como anti-política e, se mantida, se constitui

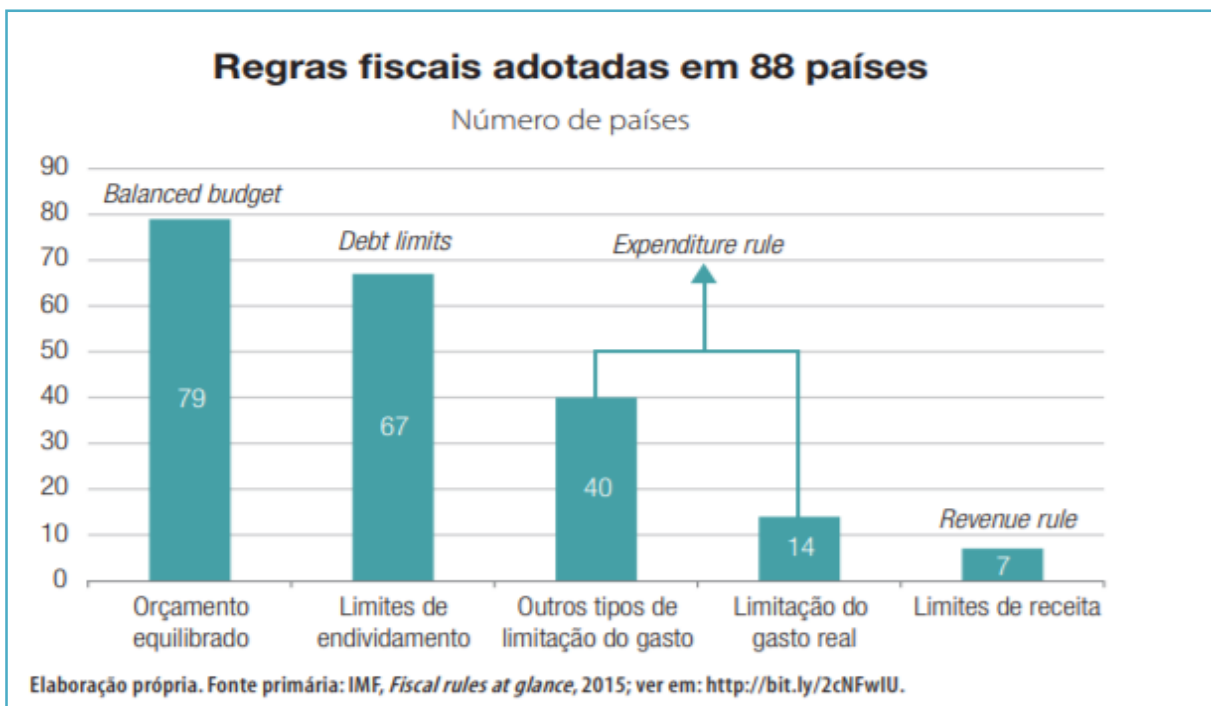
numa ameaça à saúde sanitária do Brasil, pois virá acompanhada de desassistência, da desigualdade e da exclusão social.

Fonte: Nota Técnica CONASS/CONASEMS

Foi feito um estudo por um Economista chamado Sr. José Roberto Afonso e o FMI – Fundo Monetário Internacional mostrando que o que foi feito no Brasil com Emenda nº 95, o estudo mostrou que de 88 países somente 6 países tiveram a coragem e a ousadia de fazer congelamento como foi feito no Brasil, dos que fizeram 4 voltaram atrás e 2 tiveram de recuar em menos de 2 anos. Só que será tarde demais quando descobrirem que o congelamento é um erro.

A PEC DO TETO E O RESTO DO MUNDO

- Conjuntura Econômica – out,2016 –



Regras adotadas para limitar o crescimento real da despesa pública

Austrália	Limite de 2% de crescimento real. Regra flexibilizada quando: PIB acima do PIB potencial e resultado fiscal superavitário (> 1%)
Bélgica	Teto para crescimento real da despesa primária. Regra vigorou por 6 anos (1993-1998)
Croácia	Desde 2014, crescimento real da despesa limitado à taxa de crescimento do PIB potencial. Exceção: medidas específicas compensando o excesso
Dinamarca	No biênio 2007/2008, vedado crescimento real do consumo do governo (gasto corrente)
Finlândia	Desde 2003, proibição para crescimento real do gasto primário não cíclico. A regra é revisada a cada 4 anos
França	Teto para crescimento real da despesa definido em planos plurianuais revisados a cada 4 anos
Holanda	Teto para o crescimento real da despesa revisado a cada 4 anos. Em 2009 e 2010, excluiu-se da regra o gasto com benefícios de seguro-desemprego e assistência social
Hungria	Teto para crescimento real da despesa no biênio 2010/11
Islândia	Teto para crescimento real da despesa (2% para gastos correntes e 2,5% para gastos com transferências). Desde 2009, a regra tem sido descumprida e o foco tem sido atingir metas de resultado primário
Israel	Desde 2005, lei fixando limites variáveis de crescimento real da despesa
Kosovo	Entre 2006 e 2008, o governo se empenhou para que o crescimento real da despesa corrente ficasse abaixo de 0,5%. Desde 2009, essa regra vale somente para municípios
México	Desde 2013, a lei estabelece um teto para o crescimento do gasto corrente estrutural. Disposição transitória o limitou em 2% até 2017
Peru	Desde 2000, a lei definiu um teto para o crescimento real da despesa corrente: 2% (2000-2002), 3% (2003-2008) e 4% em 2009. Em 2013/14, vigorou somente regra para controlar o déficit fiscal. Adotada válvula de escape: qualquer regra fiscal pode ser suspensa por três anos quando PIB apresentar baixo crescimento e/ou Congresso decretar situação de emergência
Polônia	Limite temporário de 1% para o crescimento real de gastos discricionários e de novos gastos

Elaboração própria. Fonte primária: IMF, *Fiscal rules at glance*, 2015; ver em: <http://bit.ly/2cNFwIU>.

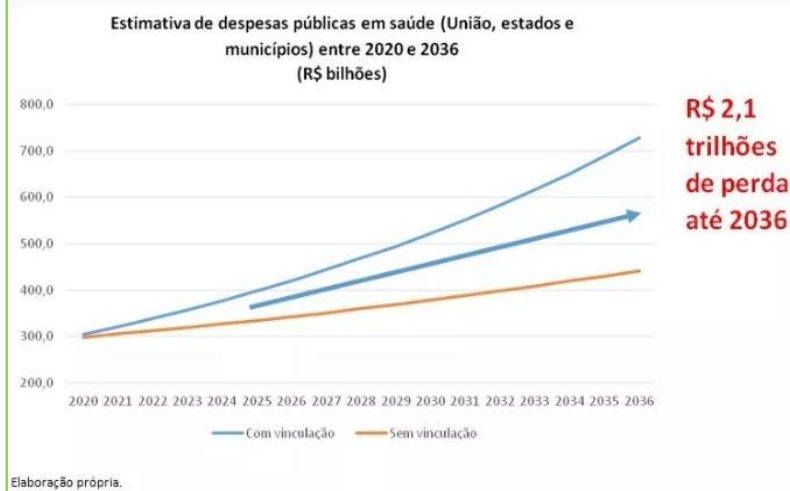
Fonte: José Roberto Afonso Pesquisador da FGV/IBRE e Professor do IDP;
Felipe Salto Professor do Curso Master da FGV/ EESP e Assessor Parlamentar no Senado,
Leonardo Ribeiro Analista do Senado Federal e Especialista em Orçamento Público

Esse estudo abaixo foi feito pelo Sr. Bruno Moretti - Economista do Ministério do Planejamento que calculou que se passar a questão da desinflação das receitas do Brasil de 12% para a saúde e tiver que cumprir o prazo da Emenda nº 95 que são de 20 anos ao fim desse prazo nós teremos perdido 2,1 trilhões de reais dentro do SUS. E esse estudo já tem Emenda Parlamentar no Senado propondo a desvinculação.

Desvinculação de
Receitas

Autor: Bruno Moretti

Leia também: [A previdência por capitalização pode dar certo somente em situações excepcionais, por Rogério Maestri](#)



O Sr. David Stuckler - Professor de Política e de Economia da Universidade de Oxford na Inglaterra fez o estudo e provou que austeridade mata, ele disse “cortar despesas em saúde em tempos de recessão é um desastre tanto do ponto de vista humano quanto do financeiro” e “em OXFORD, o departamento de economia está estudando um conceito chamado multiplicador fiscal. É um cálculo de quanto dinheiro você pode conseguir de volta com diferentes tipos de gasto público. Já descobriram que os melhores índices multiplicadores vêm dos gastos com saúde e educação. Portanto, quando é inevitável fazer cortes, é melhor proteger educação e saúde”. Ou seja, investir em saúde e educação é lucro e não despesa ou prejuízo como alguns querem nos fazer acreditar.

David Stuckler* – Austeridade mata

1. Cortar despesas em saúde em tempos de recessão é um desastre tanto do ponto de vista humano quanto do financeiro;
2. Os cortes aprofundam os riscos de mais mortes, mais epidemias, surtos de infecções e mais desestruturação do país afetado;

3. Austeridade em saúde é uma falsa economia, e não é nenhum exagero dizer que austeridade mata;

4. Em OXFORD, o departamento de economia está estudando um conceito chamado multiplicador fiscal. É um cálculo de quanto dinheiro você pode conseguir de volta com diferentes tipos de gasto público. Já descobriram que os melhores índices multiplicadores vêm dos gastos com saúde e educação. Portanto, quando é inevitável fazer cortes, é melhor proteger educação e saúde;

*David Stuckler – Professor de Política e de Economia da Universidade de Oxford, UK.

Fonte: Folha de São Paulo, 17 jun. 2016

CONDICIONANTES DO (IN) SUCESSO

- CÂMARA DOS DEPUTADOS - NT nº 12/2013 (Estudos e Notas Técnicas – Portal da Câmara, 2013).

- PIB – em torno de 1,7% desde o ano 2.000

- A PEC DO TETO E O RESTO DO MUNDO – José Roberto Afonso (www.joserobertoafonso.com.br, 2016).

- AUSTERIDADE MATA – David Stuckler* (Folha, 17 jun.2016)

Cortar despesas em saúde em tempos de recessão é um desastre tanto do ponto vista humano quanto do financeiro. Os cortes aprofundam os riscos de mais mortes, mais epidemias, etc. Austeridade em saúde é uma falsa economia, e não é nenhum exagero dizer que AUSTERIDADE MATA.

*É professor de política e de economia da Universidade de Oxford, UK.

- IMPACTOS DA EC nº 95 - David Razella (G1, 3 mai.2019).

- 27.000 mortes até 2030 como impacto da Emenda do teto dos gastos (EC nº 95) 05/2019.

- PERSPECTIVAS PARA A SAÚDE EM 2019 – André Médici (Hospitais Brasil, mar.2019).

ENTRE 2014 E 2017 – A crise fez com que 10% da população ficasse mais pobre.

- O SUS, a Coca-Cola e a desvinculação das receitas: como retirar 2 trilhões da saúde (2020 a 2036) – Bruno Moretti (Brasil Debate, (mar.2019)).

O imenso desafio do aperfeiçoamento da gestão em saúde tem sido a preocupação recorrente de todas as partes do mundo que estão com seus sistemas de saúde em crise não é só o SUS. Os americanos estão gastando 17% do PIB com

saúde, no entanto uma gestante americana tem duas vezes mais chances de morrer do que a norueguesa de parto. Conclusão: não é só dinheiro é a organização do sistema. É preciso defender o SUS fortemente não apenas hoje. E os próximos 4 anos vamos calar? Não! Temos que ter juízo para fazer direito.

Estruturar o SUS com base nas Regiões de Saúde, atualmente o SUS com base municipal está esgotado e temos que ter coragem para dizer isso. Não adianta querer achar que o município sozinho vai resolver seu problema de saúde. Só resolve se for consorciado em uma região de saúde para garantir a integralidade, racionalidade dos gastos e oferta de equipamentos tecnológicos que possam dar diagnósticos corretamente.

O atual momento exige do povo brasileiro um contrato entre sociedade e estado para a superação do momento que nós estamos vivendo e é muito grave, estamos vivendo o momento mais grave do que 1954. Está tendo um esgarçamento do tecido social de maneira tão forte que é incapaz de prever as consequências, há uma ruptura social que todos que tem juízo tem que trabalhar esse consenso cedendo em parte, ganhando em outros porque o momento é gravíssimo. Nós temos inflação dando seus soluços, nós temos desemprego dando seus saltos muito rapidamente e nós temos uma completa incompreensão dos poderes em Brasília.

Então precisamos ter muita prudência para não jogarmos a 'água fora com o menino dentro' e quanto a essa parte nós temos tido todo cuidado no Conselho Nacional de Saúde de fazer essa articulação acontecer de maneira organizada conversando, entendendo, avançando, recuando porque sabemos que isso não nos desresponsabiliza.

CONCLUSÕES

1. O imenso desafio do aperfeiçoamento da gestão em saúde tem sido uma preocupação recorrente em todas as partes do mundo, pois a sociedade moderna é cada vez mais exigente com respeito a satisfação de suas necessidades;
2. Defesa intransigente dos DIREITOS SOCIAIS e do SUS;
3. Fortalecer o Pacto Federativo;
4. Fortalecer a Gestão Tripartite;
5. Estruturar o SUS com base nas Regiões de Saúde;
6. Qualificar a gestão e defender financiamento suficiente e regular;
7. O atual momento exige um novo contrato entre a sociedade e o Estado para superação do momento de crise política, econômica e fiscal.

Fonte: jurandi.frutuoso@gmail.com

Carrego comigo quase todo dia que é preciso reagir, é preciso ter coragem, é preciso lutar sempre com harmonia quando possível com responsabilidade e competência. Dirigir saúde na Região Amazônica não é fácil, todos os Estados da Região Norte gastam mais de 20% do seu orçamento com saúde, o Estado do Pará tem o menor *per capita* do Brasil R\$ 130,00 (cento e trinta reais) por habitante. Esta região tem as maiores distâncias, barreiras geográficas e as maiores dificuldades de acesso. Precisamos cobrar do Governo Federal mais atenção para a Região Norte. Tem que haver o diferencial para esta região, portanto é preciso que todos estejam irmanados tentando fazer dos meios que tem algo positivo para poder aliviar o sofrimento do povo brasileiro e dar a eles o que diz a Constituição “saúde de qualidade, a qualquer hora e a qualquer preço”.

“Os males sociais não se alimentam apenas dos que contribuem para manter positivamente as pessoas por baixo, mas também de todos que estão dispostos a tolerar o sofrimento inaceitável de milhões de semelhantes”.

Amartya Sen

DEBATE EIXO III - FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS

QUESTÃO DE ORDEM - Quando se fala em democracia se fala em dar espaço para que muitos outros possam ter a oportunidade de vir aqui falar, mas tem pessoas que ao vir não fazem pergunta e apresentam apenas questionamentos que são defasados. Então deem oportunidade para outras pessoas de outros municípios para ter o mesmo acesso à palavra.

Segmento - Gestor

Pergunta – Sr. Marcelo de Lemos Saraiva (Itacoatiara)

O Sr. Jurandi Frutuoso nos mostrou várias informações sobre investimento e que os Estados e Municípios estão tentando fazer a parte que o Governo Federal não está que é investir na saúde. Também sobre as Emendas Parlamentares para construção de UPA's. A dificuldade de investimento em sistema de informação não provoca dados defasados? O Governo Federal não usa esses dados defasados para fazer seu planejamento como fez para PEC da morte? A desvalorização da tabela de procedimentos pode ser atualizada?

Segmento - Usuário

Pergunta – Sra. Maria de Jesus Balieiro Ribeiro Melo (Manaus).

Quero pedir desculpas ao Dr. Jurandi Frutuoso por essa questão de microfonia que não permite que nós nos façamos entender, por esse auditório quase

vazio por causa do tempo estendido que não teve Coordenação para controlar o horário. Sobre a questão dos 5% para o financiamento privado como poderíamos conseguir diminuir isso já que é um direito universal à saúde?

Segmento - Trabalhador

Pergunta – Sr. Marison Mendes de Souza (Santo Antônio do Içá).

Muitas Prefeituras Municipais dizem que precisam tirar dinheiro para poder complementar o do SUS. Se fizer isso não fere a responsabilidade fiscal? Então estão colocando os Prefeitos contra a parede para criminalizar porque esses recursos não estão vindo?

Segmento - Usuário

Pergunta – Sra. Emilene Nunes Mariano (Manaus).

Vamos quebrar esse paradigma que existe entre Manaus e o Interior, somos todos SUS não temos divisão. Como é que vou lutar por uma bandeira que não utilizo? Muitos deles que estão fazendo orçamento não são usuários da saúde e logo não sabem o que realmente necessitamos.

CONSIDERAÇÕES DO PALESTRANTE DR. JURANDI FRUTUOSO

Para o **Sr. Marcelo de Lemos Saraiva** (Itacoatiara) a questão da TI no Brasil é uma coisa grave não conseguimos na verdade fazer a unificação da informatização no Brasil como um todo, há disparidades regionais graves e se isso acontecesse ajudaria bastante o sistema de saúde tanto com informação como na própria atuação da assistência. O telessaúde no Brasil como um todo teria um ganho fantástico e agora nesse Governo vai nascer com mais força. A criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde vai evoluir em 02 (dois) pontos: Telemedicina e Mais Médico que vem forte principalmente na situação das populações menos assistidas. Então a TI no Brasil apresenta dados que são complicados, não são confiáveis, às vezes não são transmitidos levando a gestão a erros.

Sobre a tabela de procedimentos do SUS é tão arcaica quanto a humanidade nós temos que encontrar um jeito de discutir isso de outra forma. A solução não é tabela porque as pessoas não colocam no cômputo do gasto com tabela os incentivos que são colocados. Questionei ao Sr. **Ciro Gomes** (Ex-Secretário de Saúde do Estado do Ceará) quantos por cento é recurso da União do Estado? Ele respondeu que do Estado é 80% e da União só é 20%. Em outra oportunidade fiz a mesma pergunta a um Ex-Secretário de Goiás e ele respondeu que do Estado é 83% da União só é 17%. Essa conta da tabela de procedimentos deve ser a mesma coisa. A discussão não é a tabela em si, a questão é do financiamento como é que pode ser feito e a maneira lógica que possa ser distribuído por critério de rateio. Se quiser aprender a maneira de remunerar é só observar o que é praticado em Portugal. Não é *per capita*, ou consultas por número absoluto e sim pelo desfecho, por exemplo, a Equipe de Saúde da Família vai entregar quantos por cento de cobertura vacinal? Quantos por cento de pré-natal de qualidade? Quantos por cento de mortalidade materna? Fazendo a cobrança pelo resultado e não *per capita*. Porque no *per capita* contratamos o

profissional por 40 horas ele vai 03 (três) dias, meio expediente ou não vai de jeito nenhum. Por isso que após colocar 42.000 Equipes de Saúde da Família no Brasil nós estamos passando o vexame de ver voltar o sarampo, de ver aumentar a mortalidade infantil, de voltar doenças que foram erradicadas. Não podia ser assim porque nós temos 42.000 Equipes de Saúde da Família, 40.000 Equipes de Saúde Bucal, 230.000 Agentes de Saúde, 70.000 Agentes de Endemias e porque os serviços estão piorando? O que acontece se eu amplio a equipe e o resultado piora? Se quisermos discutir saúde pública com seriedade temos que olhar para todos os ângulos que ela está sendo afetada e isso afeta a gestão e os serviços profissionais.

A **Sra. Maria de Jesus Balieiro Ribeiro Melo** (Manaus) perguntou sobre 5,5% do gasto do particular e é isso mesmo dos 9% do PIB mais de 5% é gasto do bolso do cidadão ou das empresas que oferecem plano de saúde. Só que é maior o gasto do bolso do cidadão. O Brasil dá em renúncia fiscal o mesmo dinheiro que nós gastamos na saúde pública ou até mais, o Governo está financiando o que não é sua obrigação, por exemplo, linha branca, automóveis e motocicletas para produzir defunto e acidentado. Isso é uma produção maluca de óbitos e agora vão importar armas de fogo o que leva a uma perturbação da ordem social do país.

O **Sr. Marison Mendes de Souza** (Santo Antônio do Içá). Fez uma colocação que é muito grave o município por obrigação constitucional tem que gastar 15% da receita com saúde, acontece que a média do gasto municipal com saúde no Brasil hoje já chega a quase 24% e é quase o dobro. O problema é que tem uma Lei de Responsabilidade Fiscal que diz que só podemos gastar até X% do seu dinheiro com os recursos humanos. Quando ampliamos ou dinamizamos um serviço aumentamos gasto com recursos humanos, ocorre que o denominador está encolhendo porque a renda do município está baixando por todos os percalços que têm a economia do Brasil, assim a arrecadação reduz e a despesa aumenta o que rapidamente vai fazer com que atinjam a LRF. É bom que se diga que 17% dos Estados do Brasil hoje já ultrapassaram a LRF e se passar a desvinculação que está proposta e continuar valendo uma Nota Técnica que saiu da Secretaria do Tesouro Nacional que nós estamos tentando derrubar na justiça, que obriga que o gasto com pessoa jurídica no cálculo da LRF, todos os 27 estados vão estourar o limite da responsabilidade fiscal. Tem Prefeito com cidade até 10.000 habitantes contratando cardiologista, neurologista a peso de ouro quando a demanda dele não comporta aquele serviço especializado que para existir tem que ter uma grande escala

No *site* do CONASS tem um livro chamado CONASS DOCUMENTA nº 16, foi um estudo que encomendei sobre o papel das Conferências de Saúde e no centro tem uma leitura muito clara do papel do controle social eu queria pedir que cada um pudesse ler e entender que nós precisamos qualificar o controle social não dá para fazer da bandeira o que está sendo feito e ele tem que ser qualificado para que a pessoa possa acompanhar os debates na Câmara Municipal de Saúde, que as pessoas possam ler um PPA, que possam ler um plano de saúde e compreender, que possa avaliar indicadores que são postos nesses planos a fim de poder fazer um controle crítico daquele papel que exerce.

Não dá para fazer controle social se me apropriar das informações que eu colho, por exemplo, vou para o conselho colho informações coloco debaixo do braço e levo para casa e a minha comunidade não sabe o que eu discuti. Como fortalecer

controle social se eu não dissemino a informação que eu discuto? Ao ler esse livro terá uma ideia de que as conferências não estão surtindo tanto efeito porque a chuva de proposições é tão grande que se perdem no ciclo da gestão. Não sabemos qual é a boa ou ruim, qual a mais forte e a mais fraca. Uma gestante em 4 anos não vai exercer 500 ou 600 resoluções. Podemos pegar duas ou três escolher uma e dizer “essa aqui eu vou brigar os quatro anos para ela acontecer” e se você faz esse exercício e informa para quem lhe elege tudo o que é discutido conseguirá fazer um controle mais forte.

E por fim quero dar um conselho, participo de Conselho desde 1987 quando eu era de município depois eu fui para o Conselho Estadual de Saúde, presidi o Conselho depois fui para o Nacional e sem abrir mão da liberdade e da autonomia, temos que apontar com a mão o problema, mas temos a obrigação de apontar com a outra qual é a solução porque se eu ficar só apedrejando, só amaldiçoando a escuridão sem acender uma vela vai continuar escuro todo tempo.

PROPOSTAS APROVADAS NA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

TEMA CENTRAL: DEMOCRACIA E SAÚDE

Diretriz: Fortalecer e qualificar a participação do controle social garantindo a transparência, a moralidade na gestão pública e o estabelecimento de ações intersetoriais que cumpram os direitos constitucionais.

1. Assegurar o controle social como importante mecanismo deliberativo cumprindo a Constituição Federal, de acordo com a Lei nº 8.142/90, referente aos Conselhos e Conferências para intensificar o fortalecimento destes, visto que representa a população usuária do SUS, independente de decisões político-partidário.
2. Assegurar o fortalecimento dos Princípios e Diretrizes do SUS, bem como dos seus mecanismos de participação popular e financiamento correspondente às demandas de saúde conforme disposto na Constituição Federal de 1988.
3. Formular e executar políticas públicas de saúde que promovam ações de redução de riscos de doenças e de outros agravos.
4. Incentivar ações que estabeleçam condições que assegurem os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde Brasileiro.
5. Reafirmar a Atenção Básica como ordenadora e coordenadora do cuidado, buscando a integração dos outros níveis de atenção.

EIXO I - SAÚDE COMO DIREITO

Diretriz: Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde.

1. Fortalecer as práticas tradicionais, como, por exemplo, as parteiras tradicionais e indígenas para garantir uma maior assistência às gestantes nos partos de baixo risco nas áreas mais distantes dos Centros de Saúde, incluindo essas práticas na PNAB, inclusive com acesso à inserção de dados de procedimentos realizados por esses profissionais às gestantes no cartão do pré-natal.
2. Retomar a Farmácia Popular para que a população tenha acesso aos medicamentos básicos, inclusive os fitoterápicos.
3. Propor que tenha mudanças de critério por parte do Ministério da Saúde e Estados nas políticas de saúde, visando que os municípios com menos de 20.000 habitantes, possam ter direito aos programas de saúde conforme critérios epidemiológicos.
4. Garantir o direito de escolha da mulher em realizar procedimento de laqueadura mediante o estudo psicossocial e solicitação médica, de maneira que não necessite de documento com autorização do companheiro.
5. Reformulação do Programa Saúde na Hora atendendo as especificidades e sazonalidades da Região Norte para habilitação.

EIXO II - CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS

Diretriz: Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado, apoiando técnica, política e financeiramente as propostas para a organização e gestão da Rede de Atenção à saúde regionalizada.

1. Redefinir o percentual per capita por habitante para implantação do CAPS em municípios com população inferior a 15.000 habitantes e percentual de população para implantação de CAPS AD e CAPSi.
2. Aprovação do Projeto de Lei (PL) nº 8.131 do Senado Federal que institui a Política Nacional de Saúde Bucal, tornando o Programa Brasil Sorridente uma política de Estado e não de Governo, com garantia de recurso financeiro para sua execução.
3. Fortalecimento da Política de Medicamentos fitoterápicos no SUS, aproveitando os saberes tradicionais por meio da ampliação dos laboratórios oficiais, centros de pesquisa para o desenvolvimento científico, tecnológico, inovações e produção pública de medicamentos e insumos de interesse do SUS.
4. Garantir a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família consolidando assim seu modelo de atenção e resolutividade.
5. Solicitar para a Região Amazônica a construção de Centro de Transplantes com alta tecnologia, pois na região temos pacientes e diversas demandas cirúrgicas que muitas vezes só é resolvido em outra região.

EIXO III - FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS

Diretriz: Garantia da alocação de recursos financeiros para efetivar os princípios do SUS, mantendo a equidade de recursos, e considerando as especificidades geopolíticas e o perfil epidemiológico amazônico.

1. Revogação da EC 95/2016. Com a EC 95 o financiamento dos direitos sociais, como a saúde e a educação, ficará congelado até o ano de 2036.
2. Criar proposta de lei, para garantir percentual obrigatório de repasse intersetorial ao fundo municipal de saúde, referente às multas de trânsito e crimes ambientais aplicadas pelas três esferas.
3. Garantir a obrigatoriedade da união no mínimo de 10% dos recursos para a saúde.
4. Criar leis específicas que garantam a devolução aos cofres públicos dos crimes de corrupção na área da saúde.
5. Rever a distribuição de recursos provenientes dos royalties do petróleo/gás, incluindo a exploração do pré-sal, ampliando o percentual a ser aplicado na saúde para os estados e municípios da região norte, reforçando o financiamento das ações e serviços em todos os níveis de atenção à saúde.

MOÇÕES APROVADAS NA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS

No total foram entregues 13 Moções, sendo que 09 Moções (Moções nº 1 a nº 8 e nº 13) atingiram os critérios exigidos de no mínimo 50% + 1 de assinaturas dos Delegados (as) credenciados e presentes e 04 Moções (Moções nº 9 a nº 12) não atingiram o número mínimo de assinaturas exigidas no Regimento.

MOÇÕES QUE ATINGIRAM O CRITÉRIO MÍNIMO DE 50% + 1 ASSINANTES

MOÇÃO Nº 1

TIPO: REPÚDIO

AUTOR: JORGE LUIZ MAIA CARNEIRO

DESTINATÁRIO: GOVERNO FEDERAL

MOTIVO: EMENDA CONSTITUCIONAL 95

ASSUNTO: A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, QUE CONGELA OS GASTOS PÚBLICOS POR 20 ANOS, NÃO CONSIDERA O CRESCIMENTO E O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO, COMPROMETENDO GRAVEMENTE A EFICIÊNCIA E A QUALIDADE DOS SERVIÇOS OFERECIDOS EM ÁREAS COMO SAÚDE E EDUCAÇÃO. POR ESTE MOTIVO É FUNDAMENTAL A REVOGAÇÃO IMEDIATA DA MESMA.

QUANTIDADE DE ASSINATURAS: 257 ASSINATURAS

MOÇÃO Nº 2

TIPO: REPÚDIO E INDIGNAÇÃO À TERCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE NO AMAZONAS.

AUTOR: MOVIMENTO DOS TRABALHADORES (MOTS), SINDICATO DOS ASSISTENTES SOCIAIS DO AMAZONAS (SASEAM).

DESTINATÁRIO: AO GOVERNO DO ESTADO, MINISTÉRIO PÚBLICO, STF E PÚBLICO.

MOTIVO: DESCUMPRIMENTO DO ART. 199 DA CF/88 E ART. 24º DA LEI 8.080/90.

ASSUNTO: AS EMPRESAS COOPERADAS E TERCEIRIZADAS JÁ OCUPAM A CAPITAL. AGORA ESTÃO SE ALASTRANDO NOS OUTROS MUNICÍPIOS E SUGANDO TODO O DINHEIRO DA SAÚDE, NÃO PAGAM OS TRABALHADORES E NEM COMPRAM INSUMOS PARA O ATENDIMENTO REFLETINDO EM PREJUÍZO NA ATENÇÃO INTEGRAL E AOS COFRES PÚBLICOS, POIS SÓ USAM O LUCRO E FAVORECEM A CORRUPÇÃO. SE NADA FIZERMOS, EM BREVE NÃO TEREMOS MAIS SUS. “FORA COM A TERCEIRIZAÇÃO NA SUSAM”

QUANTIDADE DE ASSINATURAS: 204 ASSINATURAS (56,3%)

MOÇÃO Nº 3

TIPO: APELO

AUTOR: SULAMITA MARIA DA SILVA E EVANEIDE VELOZO

DESTINATÁRIO: GOVERNO ESTADUAL E FEDERAL (NACIONAL)

MOTIVO: VIOLÊNCIA NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

ASSUNTO: DEVIDO AO GRANDE NÚMERO DE VIOLÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE HÁ UMA NECESSIDADE DE UMA POLÍTICA PÚBLICA, EFETIVA E URGENTE NESTE SEGMENTO, VISTO QUE TRABALHADORES E USUÁRIOS ESTÃO VULNERÁVEIS ÀS AÇÕES DE VIOLÊNCIA.

QUANTIDADE DE ASSINATURAS: 187 ASSINATURAS (51,6%)

MOÇÃO Nº 4

TIPO: HOMENAGEM

AUTOR: VICÊNCIA GOMES DIAS

DESTINATÁRIO: ESFERAS MUNICIPAL E ESTADUAL

MOTIVO: HOMENAGEM E RECONHECIMENTO

ASSUNTO: EM HOMENAGEM SERVIDORA PÚBLICA A SRA. CYANI GOMES DIAS BRAGA ATUANTE NO SERVIÇO PÚBLICO COMO ASSISTENTE SOCIAL NAS COMUNIDADES DA ZONA LESTE DE MANAUS E NO AMAZONAS COMO TODO. SOLICITAMOS ATRAVÉS DESTA MOÇÃO QUE SEJA NOMENCLATURADA UMA UBS OU UPA COM O NOME DESTA SERVIDORA DO SUS. AUTORA DA CARTILHA SOBRE AS HEPATITES.

QUANTIDADE DE ASSINATURAS: 208 ASSINATURAS (57,4%)

MOÇÃO Nº 6

TIPO: REPÚDIO

AUTOR: DOUGLAS FABIAM DE OLIVEIRA PÔRTO

DESTINATÁRIO: GESTORES NO ÂMBITO DO SUS

MOTIVO: CRESCENTES CASOS DE ASSÉDIO MORAL NO ÂMBITO DO SUS

ASSUNTO: REPÚDIO AOS CASOS DE ASSÉDIO MORAL DE TODAS AS FORMAS NAS REPARTIÇÕES PÚBLICAS NO ÂMBITO DO SUS E APOIO A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO COMBATE DESTA AGRESSÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

QUANTIDADE DE ASSINATURAS: 189 ASSINATURAS (52,2%)

MOÇÃO Nº 7

TIPO: APELO

AUTOR: HERCULANO, DEBORA MIRANDA, TEREZINHA AMORIM E SÉRGIO UCHÔA.

DESTINATÁRIO: SEMSA, SUSAM, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

MOTIVO: CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO CAPS E CAPSi.

ASSUNTO: A CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO CAPS E CAPSi NA ÁREA RURAL, ATENDENDO AS 18 COMUNIDADES DO TARUMÃ MIRIM, PARA MINIMIZAR A DIFICULDADE DO ACESSO E DA DISTÂNCIA QUE AS FAMÍLIAS PERCORREM PARA TRATAREM DOS SEUS DOENTES. POSSIBILITANDO QUALIDADE NO ATENDIMENTO A SAÚDE MENTAL.

QUANTIDADE DE ASSINATURAS: 182 ASSINANTES (50% +1)

MOÇÃO Nº 8

TIPO: HOMENAGEM

AUTOR: GLAUCIONAR NOGUEIRA, ELEANE TORRE, SÉRGIO UCHÔA.

DESTINATÁRIO: SR. JOSÉ RODRIGUES, O “ZÉ DO SUS”.

MOTIVO: DEFENSOR INCANSÁVEL DO SUS

ASSUNTO: EM HOMENAGEM A PERSONALIDADE DO SERVIDOR PÚBLICO O SR. JOSÉ RODRIGUES, CARINHOSAMENTE CONHECIDO COMO “ZÉ DO SUS”. FORTE MILITANTE EM DEFESA DO SUS E SUA MANUTENÇÃO. NO MAIS SOLICITAMOS A CRIAÇÃO DO PRÊMIO JOSÉ RODRIGUES O “ZÉ DO SUS”.

QUANTIDADE DE ASSINATURAS: 182 ASSINATURAS (50% +1)

MOÇÃO Nº 13

TIPO: APELO

AUTOR: ISRAEL PAIVA FARIAS E MARCOS ANTÔNIO DOS SANTOS.

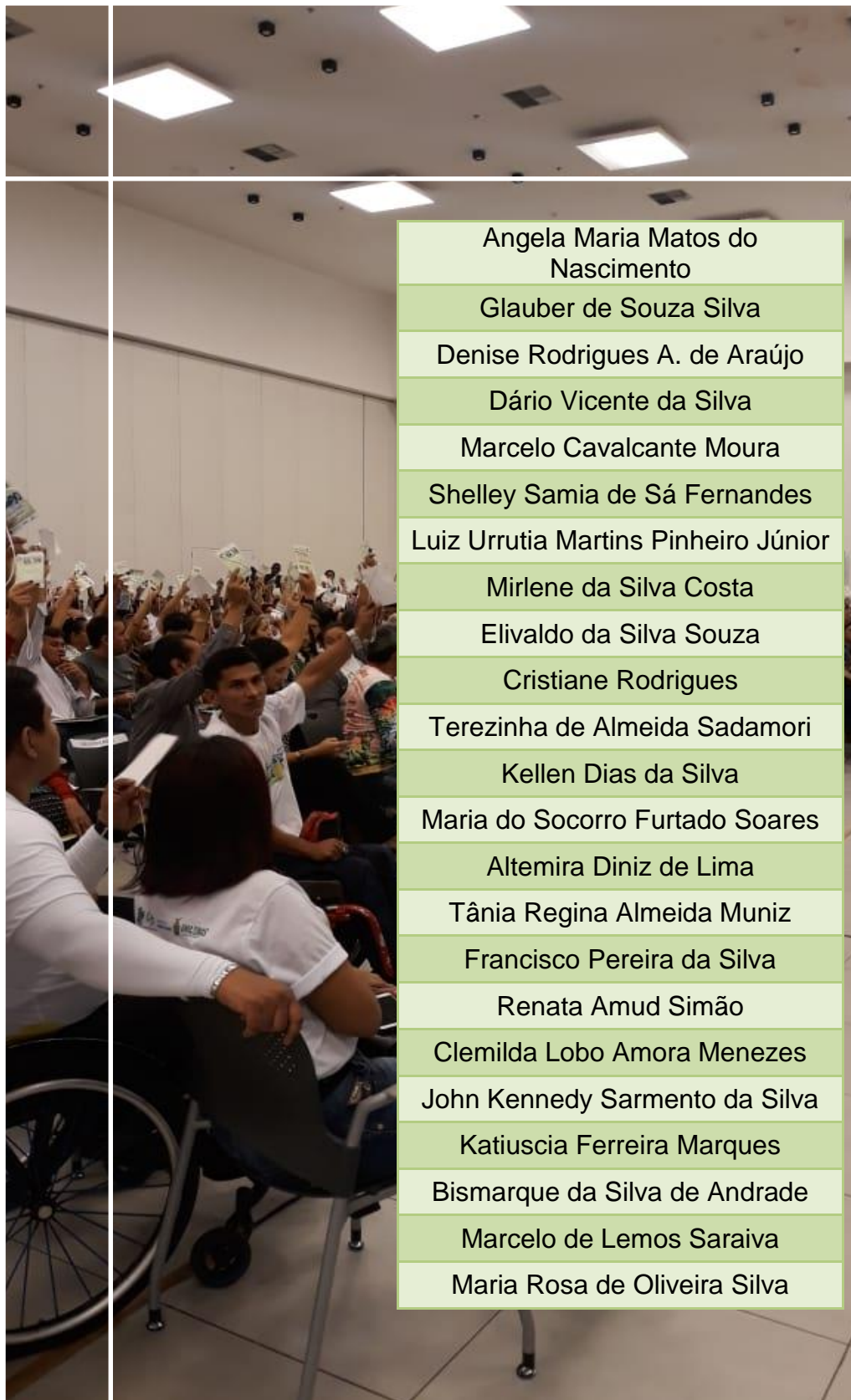
DESTINATÁRIO: ESTADUAL/FEDERAL

MOTIVO: O ABANDONO DE ANIMAIS E SUA RELAÇÃO COM O AUMENTO DE CASOS DE ZOOSE.

ASSUNTO: ADEQUAR E IMPLEMENTAR LEI VOLTADA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS A NÍVEL ESTADUAL E NACIONAL SOBRE CUIDADOS SOBRE POSSE RESPONSÁVEL DOS ANIMAIS DOMÉSTICOS, PARA PROMOVER A SAÚDE, O BEM ESTAR E A PREVENÇÃO DAS ZOOSE ATRAVÉS DA CONSCIENTIZAÇÃO POR PARTE DE TODA POPULAÇÃO. CRIAÇÃO DE CENTROS DE ATENDIMENTO A SAÚDE ANIMAL (“CASA”).

QUANTIDADE DE ASSINATURAS: 183 ASSINATURAS (50,56%)

DELEGADOS GESTORES ELEITOS (23)



Angela Maria Matos do Nascimento

Glauber de Souza Silva

Denise Rodrigues A. de Araújo

Dário Vicente da Silva

Marcelo Cavalcante Moura

Shelley Samia de Sá Fernandes

Luiz Urrutia Martins Pinheiro Júnior

Mirlene da Silva Costa

Elivaldo da Silva Souza

Cristiane Rodrigues

Terezinha de Almeida Sadamori

Kellen Dias da Silva

Maria do Socorro Furtado Soares

Altemira Diniz de Lima

Tânia Regina Almeida Muniz

Francisco Pereira da Silva

Renata Amud Simão

Clemilda Lobo Amora Menezes

John Kennedy Sarmiento da Silva

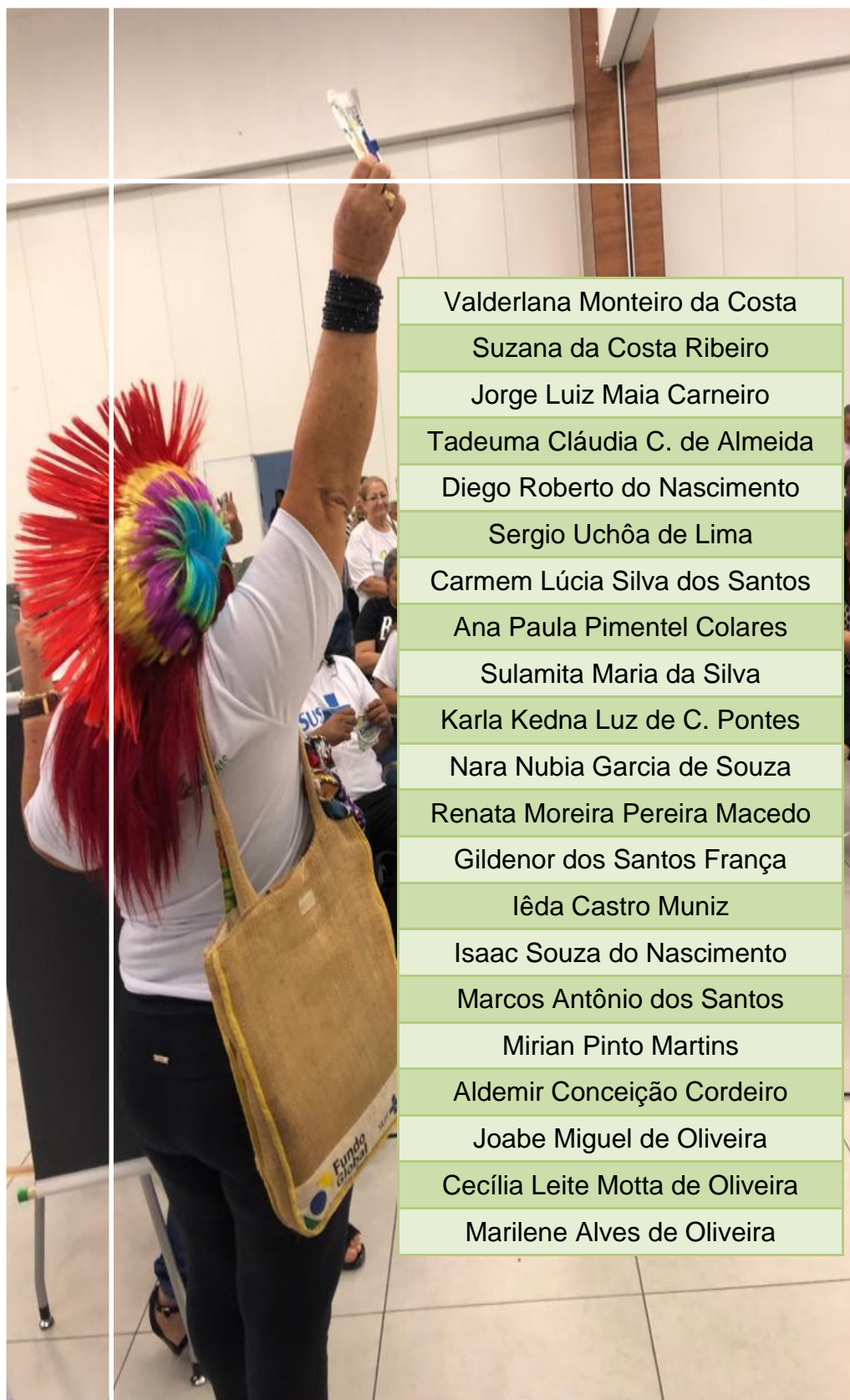
Katiuscia Ferreira Marques

Bismarque da Silva de Andrade

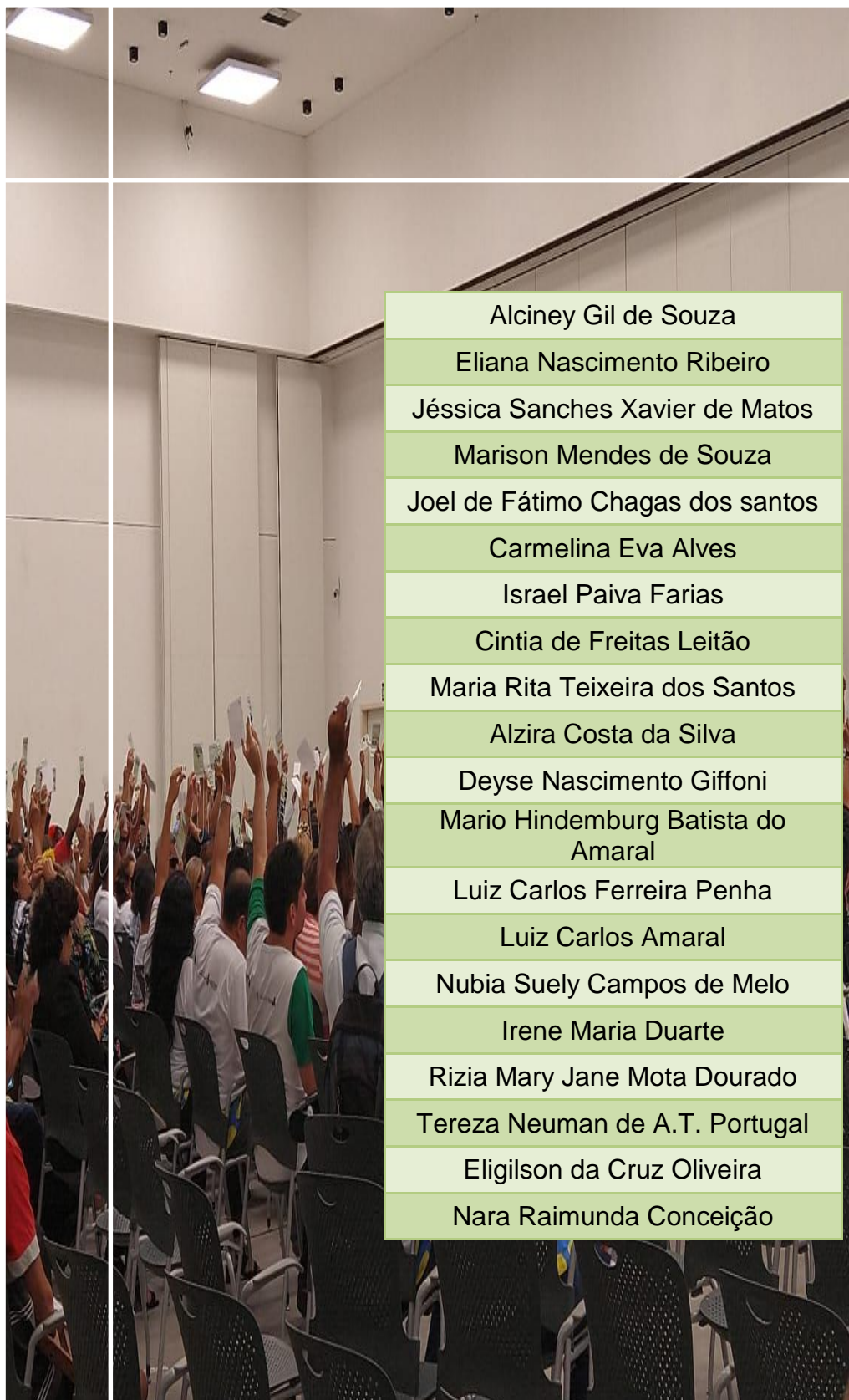
Marcelo de Lemos Saraiva

Maria Rosa de Oliveira Silva

DELEGADOS TRABALHADORES ELEITOS (41)



DELEGADOS TRABALHADORES ELEITOS (continuação)



Alciney Gil de Souza

Eliana Nascimento Ribeiro

Jéssica Sanches Xavier de Matos

Marison Mendes de Souza

Joel de Fátimo Chagas dos santos

Carmelina Eva Alves

Israel Paiva Farias

Cintia de Freitas Leitão

Maria Rita Teixeira dos Santos

Alzira Costa da Silva

Deyse Nascimento Giffoni

Mario Hindenburg Batista do
Amaral

Luiz Carlos Ferreira Penha

Luiz Carlos Amaral

Nubia Suely Campos de Melo

Irene Maria Duarte

Rizia Mary Jane Mota Dourado

Tereza Neuman de A.T. Portugal

Eligilson da Cruz Oliveira

Nara Raimunda Conceição

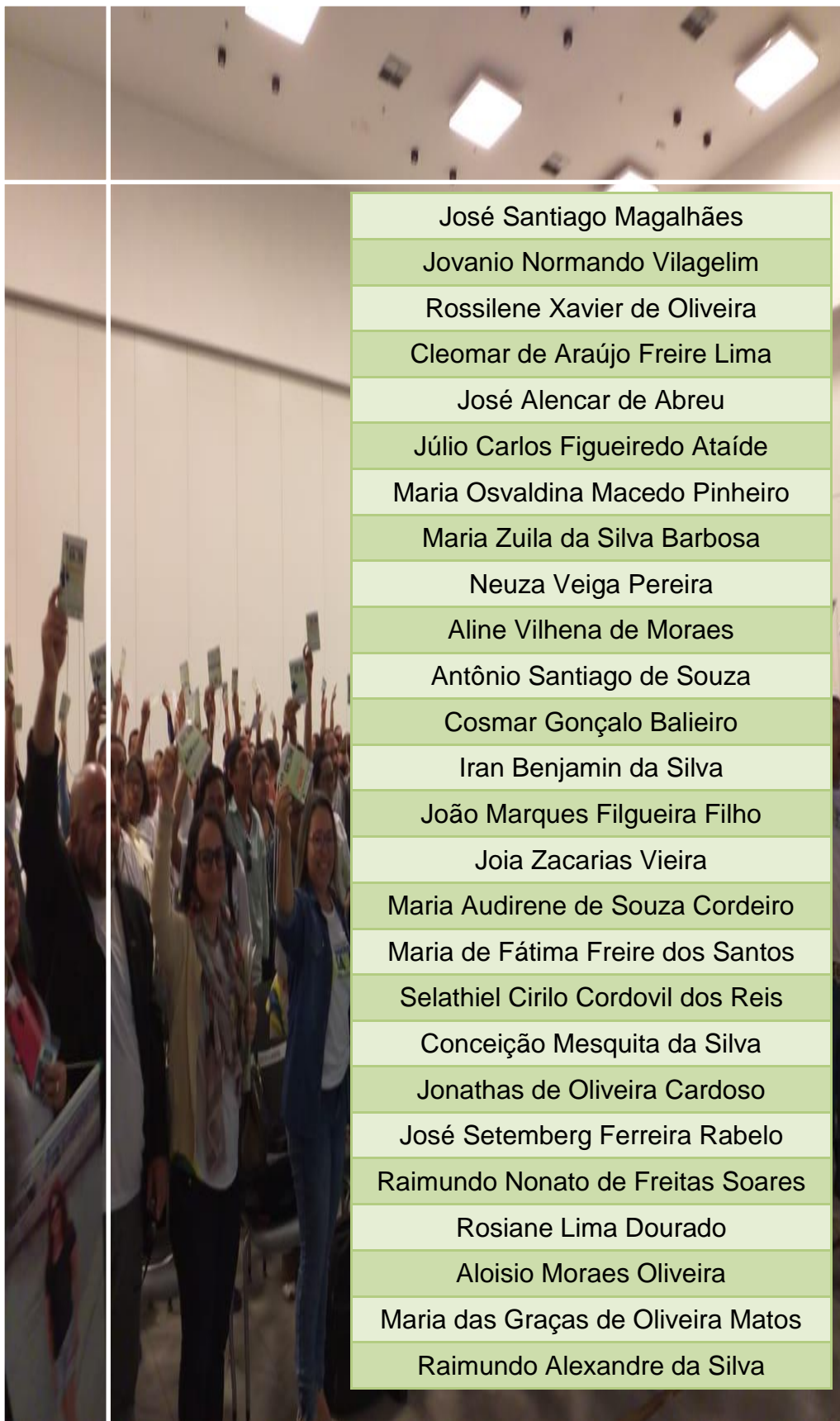
DELEGADOS USUÁRIOS ELEITOS (76)



DELEGADOS USUÁRIOS ELEITOS (continuação)



DELEGADOS USUÁRIOS ELEITOS (continuação)



José Santiago Magalhães

Jovanio Normando Vilagelim

Rossilene Xavier de Oliveira

Cleomar de Araújo Freire Lima

José Alencar de Abreu

Júlio Carlos Figueiredo Ataíde

Maria Osvaldina Macedo Pinheiro

Maria Zuila da Silva Barbosa

Neuza Veiga Pereira

Aline Vilhena de Moraes

Antônio Santiago de Souza

Cosmar Gonçalo Balieiro

Iran Benjamin da Silva

João Marques Filgueira Filho

Joia Zacarias Vieira

Maria Audirene de Souza Cordeiro

Maria de Fátima Freire dos Santos

Selathiel Cirilo Cordovil dos Reis

Conceição Mesquita da Silva

Jonathas de Oliveira Cardoso

José Setemberg Ferreira Rabelo

Raimundo Nonato de Freitas Soares

Rosiane Lima Dourado

Aloisio Moraes Oliveira

Maria das Graças de Oliveira Matos

Raimundo Alexandre da Silva

CONSIDERAÇÕES

Que esta publicação seja um importante instrumento de pesquisa tanto coletiva quanto individual, para que diretrizes e propostas aprovadas nesta Conferência de Saúde possam se destacar em debates das Secretarias Municipais, dos Conselhos e das rodas de diálogo com a sociedade. É edificante que sirva de fundamento para que os conselheiros façam o monitoramento da implantação das ações de saúde nos municípios e no estado.

Sabemos que o enfrentamento pela concretização do controle social continua cada vez mais árduo, portanto o Conselho Estadual de Saúde do Amazonas se propõe a contribuir para garantir que os Conselhos Municipais sejam respeitados como órgãos formuladores de propostas e políticas de controle social e, ao mesmo tempo, tenham capacidade política para respeitarem o papel dos gestores na construção e na gestão do SUS.

Na efetivação do dever social, o CES-AM socializa com os leitores as inquietações, sonhos e desejos dos participantes da 8ª CES-AM transformados em deliberações, que se confundem com crenças, valores éticos, compromissos, concepções, experiências e esperanças de novos paradigmas para concretização de uma política de saúde em todo o Brasil.

ANEXO I
NOTA OFICIAL

Ao ensejo de meus cumprimentos, venho informar através deste, que a Arquidiocese do Amazonas realizou a Conferência Livre nos dias 31 de maio e 01 de junho de 2019, com a participação de 203 integrantes, onde foram eleitos 04 (quatro) delegados, Rosiane Lima Dourado, Maria de Guadalupe de Souza Peres, Selatiel Cirilo Cordovil dos Reis e Valéria Lima Hayden Coelho para participarem da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas, com direito à voz e voto, ainda que não tenha sido entregue nenhum documento referente à realização da citada Conferência Livre.

Esclarecemos que as demais conferências livres que comprovarem realização com apresentação dos documentos comprobatórios, até o dia 01 de julho de 2019 às 18h00min, no Centro de Convenções do Amazonas Vasco Vasques.

O Regimento da 8ª Conferência foi elaborado sem garantir a participação dos citados delegados, pois os mesmos não seguiram os trâmites legais, tendo enviado direto à Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde, os documentos necessários para a participação, deixando a Comissão Organizadora da 8ª Conferência totalmente alheia quanto ao fato citado.

Tão somente no dia 28 de junho do corrente ano, a Secretária Executiva do CES, Ana Eli Vasconcelos Guimarães, tomando ciência do fato narrado, contactou a Comissão Organizadora da Conferência Nacional, onde foi orientada após devida análise, a autorizar a participação dos citados delegados, pois a Comissão Organizadora da 8ª Conferência tem permissão legal para tal, conforme disposto no art. 29 das Disposições Gerais do seu Regimento.

Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Coordenador Geral

ANEXO II PROGRAMAÇÃO DA CONFERÊNCIA

Dia 01/07/2019 (Segunda-Feira)

14h00min às 18h00min - Acolhimento e Credenciamento.

19h00min - Composição da Mesa de Abertura

19h10min - Apresentação do Hino Nacional

19h20min - Solenidade de Abertura da 8ª COES/AM

20h00min - **Conferência Magna:** “Democracia e Saúde: Saúde como Direito, Consolidação e Financiamento do SUS”.

Conferencista: Conselheira Nacional Sra. Vanja Andrea Reis dos Santos

20h30min - Coquetel

Dia 02/07/2019 (Terça-Feira)

08h00min - Café da Manhã

08h00min às 08h50min - Continuação do Credenciamento

09h00min - **Apresentação do Eixo I:** Saúde como Direito

Palestrante: Dra. Silvana Nobre de Lima Cabral – Promotora Pública do Estado do Amazonas

Coordenador da Mesa: Sr. Cássio Roberto do Espírito Santo

Relatoria: Sra. Sandra Melo Lima

Secretária de Mesa: Sra. Alexandra de Biasi A. Barbosa

09h30min - Debate

10h00min - **Apresentação do Eixo II:** Consolidação dos Princípios do SUS

Palestrante: Dra. Nair Chase da Silva

Coordenador da Mesa: Sr. João Paulo Marques dos Santos

Relatoria: Sr. Ricardo Elias Duarte Rabello.

Secretária de Mesa: Sra. Mary Anne Araújo Delgado

10h30min – Debate

11h00min - **Apresentação do Eixo III:** Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS.

Palestrante: Sr. Jurandir Frutuoso – Secretário Executivo do CONASS

Coordenador da Mesa: Sra. Dayana Priscila Mejia de Souza

Relatoria: Sra. Suzy Oliveira Ribeiro

Secretária de Mesa: Sra. Keth Lucineide Lucas Santana

11h30min - Debate

12h00min - Almoço

14h00min - Grupos de Trabalho

Eixo I: Saúde como Direito

Facilitadores: Sr. Roberto Maia Bezerra e Sra. Suziele da Costa Souza Lima

Eixo II: Consolidação dos Princípios do SUS

Facilitadores: Sr. Ricardo Elias Duarte Rabelo e Sra. Mary Anne Araújo Delgado

Eixo III: Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS

Facilitadores: Sra. Priscila Lacerda S. Carvalho e Sra. Alexandra de Biasi A. Barbosa

16h00min - Coffee Break

16h20min - Retorno das Atividades de Grupo

18h00min - Encerramento

Dia 03/07/2019 (Quarta-Feira)

08h00min - Café da Manhã

08h20min - Apresentação e referendo das Propostas Aprovação nos grupos

09h30min - Aprovação das Moções

12h00min - Almoço

14h00min às 16h00min - Eleição dos Delegados da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas rumo à 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Coordenador de Eleição: Sr. Ionaldo dos Santos Vasconcelos

Secretárias de Mesa: Sra. Ana Eli V. Guimarães e Sra. Maria do Rosário Pessôa Valente

ANEXO III

NOTA DE REPÚDIO DO SEGMENTO “USUÁRIOS” DO INTERIOR DO ESTADO

Nós delegados e delegadas dos municípios do Interior do Estado do Amazonas presentes na 8ª Conferência Estadual de Saúde vimos mostrar nosso repúdio pela falta de espírito de coletividade e universalidade dos participantes do município de Manaus.

Somos 61 municípios com uma representatividade cultural e geográfica imensamente diversa, com distâncias medidas em dias de viagem e não temos a oportunidade de elegermos delegados e delegadas para a 16ª Conferência Nacional de Saúde, visto que os delegados manauenses, em maior número e com a facilidade de participação pela conferência ocorrer na Capital, articulavam-se para eleger somente os seus municípios, mostrando falta de empatia e espírito coletivo com os demais municípios.

Frente a isso exigimos que nesta e em outras conferências no âmbito da saúde, as vagas sejam rateadas de forma justa e paritária, ou não será possível uma participação ativa dos delegados e delegadas do Interior do Estado, tão carente de políticas públicas sempre refém de migalhas destinadas ao Interior.

Somos muitos, somos fortes, mas o apoio a nós ainda é incipiente.

Manaus, 8ª Conferência Estadual de Saúde, 03 de julho de 2019.

1. Tarcísio dos Santos Castro – BARREIRINHA
2. Emerson de Oliveira Silva – MANACAPURU
3. Nilcinha de Jesus A. Ferreira – CAREIRO CASTANHO
4. João Marques Filgueira Filho – AUTAZES
5. Maria Osvaldina Macêdo Pinheiro – MAUÉS
6. Padre Mário Cabral – FONTE BOA
7. Gelsinéia Antônio Mendes – TABATINGA
8. Antônio Bento Pereira – RIO PRETO DA EVA
9. Francisco Cruz da Costa – MANACAPURU
10. Reginaldo da Silva Viana – MANACAPURU
11. Francianny Maia – IRANDUBA
12. Julio Carlos F. Ataíde – URUCURITUBA

13. Rita de Cássia da Silva – BOCA DO ACRE
14. Cosmar Gonçalo Balieiro – AMATURÁ
15. Daniel Correa dos Santos – MARAÃ
16. Aloisio Moraes Oliveira – PRESIDENTE FIGUEIREDO
17. Emídia G. Ybarra – PAUINI
18. Jonathas de Oliveira Cardoso – BOA VISTA DO RAMOS
19. Cleuter Gonçalves Reis – CODAJÁS
20. Maria Zuila da S. Barbosa – MANACAPURU
21. Ageu Anildo Melgueiro da Silva – SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA
22. Ederson de Souza Dantas – ANAMÃ
23. Iran Benjamin da Silva – MARAÃ
24. Jeferson Rosa Hauradou – PARINTINS
25. José Santiago Magalhães – CARAUARI
26. Eliatan Fernandes Bezerra – TAPAUÁ
27. Gessiane Campos Garcia – BARCELOS
28. Maria Audirene de Souza Cordeiro – PARINTINS
29. Francisca Colares Frazão – TEFÉ
30. Adelson Arruda de Lima – LÁBREA
31. Cláudia Mendes Carvalho -
32. Roneide Costa da Silva - TAPAUÁ
33. Vogran Lelua Rodrigues dos Santos – TEFÉ
34. Loreto de Souza Tavares - PARINTINS
35. Sandra Maria Silva do Nascimento – ATALAIA DO NORTE
36. Janete Castro Morais -
37. Antônio Costa Ribeiro – ATALAIA DO NORTE
38. Cenaide Pastor Marques Lima – SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA

39. Arlene Sandra Lima -
40. José Alencar de Abreu - TEFÉ
41. Manuel Martins Nunes – FONTE BOA
42. Renato Vieira Camurça – BOCA DO ACRE
43. Ana Telma Carmo Soares - PARINTINS
44. Sandro Augusto Regatieri - TEFÉ
45. Raimundo de Oliveira Afonso - MANAUS
46. Camilo Matios - TABATINGA
47. Lindomar Cartilho Barone de Souza - MANAUS
48. Jailson Freitas da Silva – NOVA OLINDA DO NORTE
49. Gisélia A. da Silva - MANACAPURU
50. Vera Lúcia Garrido da Silva Filha – NOVO AIRÃO
51. Francisco José Pereira Júnior – NOVO AIRÃO
52. José da Cruz Mesquita de Almeida - MANAUS
53. João Lucas da Silva Ramos - IRANDUBA
54. Vicencia Gomes Dias - MANAUS
55. Elizoneide Rodrigues Silva - MANAUS
56. Aristeu Alves de Macedo – SÃO PAULO DE OLIVENÇA
57. Antônio Santiago – JUTAÍ
58. Rangel Mayesk Soares Moraes – CAAPIRANGA
59. Jovânio Normando Vilagemim – SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA
60. Debes Lana Oliveira – APUÍ
61. Gilmar de Souza – APUÍ
62. Maria das Dores Marinho Gomes – TEFÉ
63. Maria Francinete M. da Silva – IRANDUBA
64. Etelvina Mota da Silva – RIO PRETO DA EVA

RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS



RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS









