

**ATA DA 195ª REUNIÃO PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**

**SÃO PAULO, 14/05/2015**

**PRESIDENTE**

JOSÉ DE FILIPPI JR.

**COORDENADORA DA COMISSÃO EXECUTIVA**

JARQUELENE OLIVEIRA DO NASCIMENTO

**SECRETARIO GERAL DO CMS-SP**

JULIO CESAR CARUZZO

**Início: 14h30**

**Término: 19h45**

**LISTA DE PRESENÇA**

**I – Conselheiros Presentes**

**Representantes da Sociedade Civil**

MARIA ADENILDA MASTELARO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE LESTE

NILTON SOUSA DOS REIS (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE LESTE

JOSÉ DA GUIA PEREIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUDESTE

ANA MARIA FERREIRA QUAIATO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUDESTE

MARCIONÍLIA NUNES DE LIMA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE CENTRO

MARIA DE LOURDES M. SANTOS SILVA (TITULAR) - REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUL

JOSÉ LEONILSON DE QUEIROZ ALMEIDA (SUPLENTE) - REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUL

MARIA JOSÉ DE SOUSA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE OESTE

MAURÍCIO SILVA LIMA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NORTE

ARNALDO MARCOLINO DA SILVA FILHO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NORTE

JARQUELENE OLIVEIRA DO NASCIMENTO (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

ALEX APARECIDO LEITE DE ALBUQUERQUE (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

IDECLÉIA GENEROSO DA SILVA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

CRISTINA HATSUE YOSHIKAWA LEITE ARAÚJO (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

ARLETE PESCAROLO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

MARTA ANTONIA SOARES (SUPLENTE) - REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
PAULO MARTINS MOREIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
AUGUSTA DE MELO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
VITA AGUIAR DE OLIVEIRA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
REGINA CELIA PEDROSA VIEIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
NADIR FRANCISCO DO AMARAL (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
GERSONITA PEREIRA DE SOUZA (TITULAR) – REPRESENTANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
EULÁLIA ALVES CORDEIRO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
ROSILANIA CORREIA LIMA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS CENTRAIS SINDICAIS

#### **Representantes dos Trabalhadores em Saúde**

ANUSKA PINTUCCI SALES SALES DA CRUZ SCHNEIDER (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE  
DEODATO RODRIGUES ALVES (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE  
ANA ROSA GARCIA DA COSTA (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS  
WALNEY ARAÚJO DA SILVEIRA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS

#### **Representantes das Instituições Governamentais**

RENATO NOGUEIRA DOS SANTOS (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS PRESTADORES FILANTRÓPICOS  
MARIA JOSÉ R. RIBEIRO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PRESTADORES FILANTRÓPICOS

#### **Representantes do Poder Público**

RICARDO FERNANDES DE MENEZES (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
GIANE SANT'ANA ALVES OLIVEIRA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
DENIZE CALVO COSTA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
MAGALY EZEQUIEL (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
JOSÉ OLÍMPIO MOURA ALBUQUERQUE (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

#### **II – Justificativas de ausência**

JOSÉ DE FILIPPI JR. (TITULAR) – PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE  
PAULO DE TARSO W. FRANGETTO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE CENTRO  
LOURDES MARIA DE QUEIROZ (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE OESTE  
SHEILA VENTURA PEREIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
JOSÉ AUGUSTO QUEIROZ (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS SINDICATOS PATRONAIS  
ÉDER GATTI FERNANDES (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE  
MARIA LÚCIA VIEIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS  
GRAÇA MARIA DE CARVALHO CÂMARA (TITULAR) – REPRESENTANTE CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM  
JASON GOMES RODRIGUES SANTOS (TITULAR) REPRESENTANTE CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM  
MARIA DE LOURDES PIUNTI (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM  
IRAMIR BASTOS GOMES (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ASSOCIAÇÕES DE PROFISSIONAIS LIBERAIS  
ERIK OSWALDO VON EYE (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PRESTADOR LUCRATIVO  
PATRÍCIA RODRIGUES MOLINA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PRESTADOR LUCRATIVO

#### **III – Ausentes**

MANOEL COSTA FILHO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
PAULO HENRIQUE FRACCARO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS SINDICATOS PATRONAIS  
FRANCISCO PEREIRA LIMA (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS CENTRAIS SINDICAIS

MARÍLIA DAPENA FERNANDEZ (SUPLENTE) - REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE

MARIA APARECIDA FRANCELINA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS

DURVAL RODRIGUES (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM

CASSIA XAVIER (TITULAR) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PRIVADA

PEDRO FELIX VIDAL JUNIOR (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PRIVADA

CÁSSIO ROGÉRIO DIAS LEMOS FIGUEIREDO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

CÁSSIA LIBERATO MUNIZ RIBEIRO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

FRANCISCO ERNANE RAMALHO GOMES (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

#### **IV – Visitantes:**

Conforme Lista

#### **ATA ELABORADA PELA EQUIPE TÉCNICA DO CMS-SP**

JULIO CESAR CARUZZO - SECRETÁRIO GERAL DO CMS/SP

**DIGITAÇÃO:** AMANDA SAMPAIO MACHADO DA SILVA E EMMANUEL DUDA CÂNCIO DOS SANTOS

**REVISÃO GERAL:** JULIO CESAR CARUZZO - SECRETÁRIO GERAL DO CMS/SP

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Informa que já há quórum. Abre a reunião e lê a pauta.

**A- Aprovação das Atas da 194ª Reunião Plenária Ordinária e 2ª e 3ª Extraordinárias;**

**B- Informes da Mesa;**

**C- Informes dos Conselheiros;**

**D- Informes das Comissões**

**E- Ordem do Dia:**

**1 – Apresentação da Ouvidoria da Saúde – Relatórios Gerenciais 2º semestre 2014 e 1º trimestre 2015 (50 minutos);**

**2 – Apresentação da SPTuris: operacionalização dos eventos, planejamento, licitação, etc., (20 minutos);**

**3- Proposta de resolução sobre a Lei nº 13.097/15 – Capítulo XVIII – Da Abertura ao Capital Estrangeiro na Oferta de Serviços de Saúde (10 minutos);**

**4 – Resolução da eleição/indicação do Conselho Municipal de Saúde fora da 18ª Conferência Municipal de Saúde (10 minutos).**

**F – Deliberações**

**1. Aprovar a realização de Reunião Plenária Extraordinária para o dia 29/05, no Hospital Municipal da Cidade Tiradentes (10 minutos);**

**2. Moção de Repúdio contra o Projeto de Lei 4330/04 (10 minutos).**

**A Conselheira Titular representante das Entidades Sindicais Gerais:** Em nome das comissões de Orçamento e Finanças e de Políticas de Saúde, que se reuniram ontem, 13/05, solicita a inclusão e

inversão, como primeiro ponto da Ordem do Dia o item: Leitura e Aprovação do Documento Norteador das Pré-Conferências.

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Diante da importância da solicitação da conselheira Ana Rosa, solicita que a apresentação da Ouvidoria da Saúde seja adiada para o mês de julho. Informa ainda que o pessoal da SP Turis se organizou para fazer sua apresentação como está apresentada na pauta, mas que, em virtude de alteração no horário não poderão fazer a apresentação neste pleno. Deverá constar também da pauta de julho. Quanto ao item nº 03 da Ordem do Dia, texto de resolução não está pronto. Fala ainda que a proposta de moção apresentada pelo conselheiro Éder na 3ª reunião extraordinária já foi aprovada e que o conselheiro disponibilizará cópia a todos.

**O Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Com relação ao item nº 03 da Ordem do Dia, acha que a questão já foi debatida e que o Conselho é contrário a essa lei.

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Lembra que a questão já foi debatida sim, mas que o texto da resolução ainda não está pronto. Informa que o Emmanuel está doente e que por esse motivo as Atas ainda não foram disponibilizadas. Estão excluídas dessa pauta e serão aprovadas na reunião de julho.

**A Conselheira Titular representante das Entidades Sindicais Gerais:** O que estão pedindo é que a apresentação da Ouvidoria seja trocado pela leitura do Documento Norteador.

**A Conselheira Titular representante dos Portadores de Patologias:** Propõe que a resolução da eleição seja o primeiro ponto.

**O Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Com a proposta da conselheira Regina, acha que o item 03 pode ser aprovado "Ad-Referendum".

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Fala que o item 03 precisa de um pouco mais de debate, já a resolução da eleição é mais tranquilo, pois o processo de eleição/indicação não será realizado na conferência.

**O Secretário Geral do Conselho:** Lê a pauta com as solicitações de inclusão, exclusão e inversão solicitadas.

**A - Informes da Mesa;**

**B - Informes dos Conselheiros;**

**C - Informes das Comissões**

**D - Ordem do Dia:**

**1 – Documento Norteador das Pré-Conferências – Leitura e aprovação**

**2 – Resolução da eleição/indicação do Conselho Municipal de Saúde fora da 18ª Conferência Municipal de Saúde (10 minutos).**

**E – Deliberações**

- 1 -Aprovar a realização de Reunião Plenária Extraordinária para o dia 29/05, no Hospital Municipal da Cidade Tiradentes (10 minutos);
- 2 -Moção de Repúdio contra o Projeto de Lei 4330/04 (10 minutos).

## **A - Informes da Mesa**

**O Secretário Geral do Conselho:** Informa que a Secretaria Geral do Conselho recebeu o Ofício do Fórum dos Conselhos de Atividade Função FIM, substituindo a Dra. Maria Lúcia Zarvos Varellis pela Dra. Maria da Graça de Carvalho Câmara e a Dra. Adriana Maria Lopes Vieira pela Dra. Maria de Lourdes Piunti, dentro do segmento dos trabalhadores da saúde, no Conselho Municipal de Saúde de São Paulo.

## **B - Informes dos Conselheiros**

**A Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste:** Fala sobre o “desrespeito” ocorrido em vista de mudanças nas solicitações da subcomissão de Infraestrutura da 18ª Conferência Municipal de Saúde para com o Anhembi. Cita a diminuição do número de lanches, ambulâncias. O Conselho tem caráter deliberativo. Estão para construir juntos. Como conselheira representante do Movimento Popular de Saúde não aceitará mais isso, senão se retirará da comissão e até do Conselho. Diz que se sente triste com a ausência do Secretário e Presidente do Conselho, pois há seis meses ele não participa das reuniões. Fala ainda que presenciou na reunião da Comissão Organizadora realizada nesta manhã, desrespeito à interlocutora da gestão participativa da STS Mooca/Aricanduva, por parte da Supervisora da região. Não admite esse tipo de comportamento.

**O Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Sudeste:** Tinha informes importantes a dar na reunião da Comissão Organizadora, porém não lhe foi dada a palavra. Ressaltou que chegou atrasado, mas que havia a necessidade da Subcomissão de Comunicação apresentar os informes. Todos têm papel importante na organização da Conferência. Foco de todos é a saúde de qualidade e não interesses particulares.

**A Conselheira Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Oeste:** Informa que haverá reunião da comissão com o Jorge Kaiano, e não estará presente porque estará em reunião do Hora Certa as 8:30. Deseja ter mais esclarecimentos sobre a resolução da eleição do Conselho Municipal.

**Conselheiro Titular representante dos Prestadores Filantrópicos:** Agradece pela reunião do dia 07. Pela primeira vez as OS vieram e se colocaram à disposição do Conselho. Agradece ao secretário, pois é um momento histórico já que é a gestão que mais contratou OS. A secretaria é visionária, pois mesmo sem a validação do supremo realizou a contratação acertada de mais Organizações Sociais e também por investir no controle e acompanhamento do Controle Social.

**O Conselheiro Suplente representante dos Portadores de Patologias:** Pede aos conselheiros que prestem atenção em relação aos planos que estão sendo utilizados contra a saúde pública. Muita coisa grave está ocorrendo, como a entrada de capital estrangeiro, e é a hora de tomarem posições. O Conselho Municipal de Saúde deve opinar sobre isso. Devemos discutir isso amplamente. Não viu nada de discussão sobre isso no âmbito do Conselho Nacional de Saúde também.

**O Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Concorde com as palavras da conselheira Adenilda. O ordenador de despesas da Conferência fez os cortes e não

comunicou à comissão. Acha que a comissão deve discutir a situação e solicitar que o ordenador venha ao pleno dar satisfações. Quanto ao documento norteador, diz que chegou apenas hoje e não passou pela Comissão Organizadora, não foi minimamente discutido. A Comissão está tomando conhecimento apenas hoje.

**A Conselheira Titular representante das Entidades Sindicais Gerais:** Concorde com as palavras do conselheiro Alex e acha desrespeito aos demais conselheiros. Fala da ausência de ambulâncias e que a SMS não pode se eximir disso. Ressaltou a ausência do documento norteador em seu e-mail e ao e-mail do Júlio. Documento tinha que ser socializado para todos. Fala que o banheiro feminino está sujo, sem papel higiênico. Quanto ao assédio moral, sempre que souber, designará alguém do SindSep para acompanhar. Solicitará os custos da conferência, os cortes e as devidas explicações.

**A Conselheira Titular representante das Entidades Sindicais Gerais:** Informa que dias 26 e 27 de Abril houve uma paralisação dos trabalhadores públicos estaduais em campanha salarial. Sobre o Hospital Geral de Vila Penteado com projeto do Governo do Estado de fechar perdendo serviços de oncologia, referências de queimados, maternidade e referência de trauma.

**A Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Sul:** Reclama que as decisões que são tomadas aqui são fechadas. Isso deve acabar. Quem decide realmente são três ou quatro pessoas em outras reuniões. Gostou da fala da conselheira Adenilda. Foi categórica no que disse. Esta mesa está acostumada a dizer sim para tudo. Temos que dizer não. Não se pode mudar aquilo que é discutido e decidido. Ninguém deve nada à eles, devemos discutir e brigar pelo melhor. Este conselho deve levar as coisas a sério.

**O Conselheiro Titular representante dos Poder Público:** Cita a resolução que decidiu solicitar à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, informações sobre o fechamento de unidades de atendimento. Junto com esta solicitação, acompanham estudos sobre o assunto.

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Cita a justificativa do Dr. Paulo Puccini pela ausência no Pleno, informando que o mesmo encontra-se adoentado. Informa que neste período a partir de sábado, onde começam as pré-conferências, foram realizadas diversas plenárias informativas com muita participação.

## **C - Informes das Comissões**

**CIST –** O Conselheiro Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Norte informa que houve uma reunião conjunta com a comissão de Saúde Mental, onde houve uma discussão sobre a saúde mental e a saúde do trabalhador na ótica da 18ª Conferência. Como deveriam trabalhar e intervir para poder pensar a conferência.

**Patologias e Doenças Raras -** O Conselheiro Suplente representante dos Portadores de Patologias informa que estão realizando discussões baseadas no Plano Municipal de São Paulo, além de discussão de como a comissão trará propostas para a 18ª Conferência. Outro item que é muito sério que é o PL 200/2015 que acaba com o sistema CEP/CONEP do Conselho Nacional de Saúde. Acha que deve ser feito um ato de repúdio a esta PL. Em relação à Saúde Suplementar, os sindicatos dos Planos de Saúde montaram um escritório dentro do PJ, para assessorar os juízes a julgarem processos contra eles mesmos. Acha que deve ser feita uma discussão e a construção de um documento em relação à isso também.

**Orçamento e Finanças** – A Conselheira Titular representante das Entidades Sindicais Gerais informa que a comissão solicitou cópia dos contratos de limpeza e segurança, para saber o que ocorreu, pois o serviço não tem sido adequado. Junto com a comissão de políticas, solicitaram outras cópias de contratos para análise conjunta. Estas cópias estarão disponíveis nas comissões. Sobre o RAG 2014, já foi enviado para as unidades, e o prazo se expira em Junho para envio dos pareceres dos conselhos gestores, supervisões e coordenadorias. Sobre o RAG 2013 estamos aguardando a apresentação do secretário, devido a problemas com o secretário da comissão, estamos aguardando o retorno para dar andamento. A comissão irá julgar no estado que estiver a documentação. Soube que uma pessoa da CFO distribuiu duas folhas sobre isso, mas a resposta deve ser oficial. Será encaminhado relatório sobre o RAG 2014 às comissões para avaliação.

**Políticas de Saúde** - O Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários informa que foram feitas solicitações de cópias de contratos junto à comissão de orçamento e finanças. Houve uma reunião junto aos setores da supervisão referente às reformas, onde foram tirados alguns questionamentos, que foram enviados à SIURB, que serão respondidos e enviados à cada conselheiro municipal e conselheiro gestor das supervisões. Houve uma conversa em relação à Regulação, e decidiu-se que será necessária uma assembleia de comissões para a discussão do assunto. Ficará à cargo do Conselho Municipal decidir a data e a forma de realização. Houve uma situação com o fechamento do AMA Jardim Campos, em que receberam algumas reclamações, mas a comissão entendeu que precisa de mais informações sobre o que aconteceu. Na próxima reunião plenária levantarão mais informações para um posicionamento.

**A Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste:** Informa que com a ausência da peça orçamentária da programação anual de saúde, a comissão de políticas de saúde decidiu marcar uma reunião extraordinária para análise do documento.

**Inter-Intraconselhos** – A Conselheira Titular representante dos Portadores de Patologias informa que foi solicitado que a Comissão Executiva do CMS, dê o parecer por escrito sobre os documentos enviados pela Comissão Interconselhos sobre o processo de cassação da conselheira Márcia Groeninga. Ressalta também que o mesmo até o momento permanece sem o posicionamento da Comissão Executiva do CMS, sendo assim, permanece em aberto.

**Saúde da População Negra** - A Conselheira Titular representante dos Portadores de Patologias informa sobre convite para a realização do IV Seminário sobre Saúde da População Negra que será realizado dia 29 de Maio de 2015, no Teatro Aliança Francesa, das 09 às 16hs. Informa ainda sobre a visita realizada pela CSPN e que será feito um relatório para ser apresentado para o Pleno.

**Comunicação** – A Conselheira Titular representante do Poder Público informa que a comissão solicitou a subcomissão de comunicação da 18ª conferência que já foram gravadas as leituras dos regimentos das pré-conferências e da conferência municipal, e ficarão disponíveis no site do conselho para as pessoas com problemas de visão. E já solicitamos a gravação do documento norteador para o mesmo tipo de acesso. Foram confeccionados os regimentos em versão ampliada e também serão distribuídos 100 mil folhetos para divulgação das pré-conferências.

**A Conselheira Titular representante das Entidades Sindicais Gerais:** Informa que gostaria que a comissão de comunicação apresentasse hoje o vídeo que será utilizado nas pré-conferências, já que é a última oportunidade antes da realização das mesmas.

**O Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Sudeste:** Informa que o vídeo já está sendo finalizado, com a parte dos convidados já pronta e com a fala da coordenadora da Comissão Executiva, e do Presidente do Conselho. Falta a gravação do eixo dos trabalhadores.

**Saúde da Mulher** – A Conselheira Titular representante da Pessoa com Deficiência solicita a presença dos membros da comissão na próxima reunião, pois existem documentos para análise, e a comissão passará por uma reformulação.

## **D – Ordem do Dia**

### **1 – Documento Norteador das Pré-Conferências – Leitura e aprovação**

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Fala que devido ao tamanho do documento fará a leitura, juntamente com as conselheiras Giane e Denize. Os conselheiros apontarão seus destaques e ao final do documento retornará aos pontos destacados.

**O Conselheiro Titular representante dos Prestadores Filantrópicos:** Pede ao Dr. Ricardo que explique primeiramente a metodologia de construção do documento.

**O Conselheiro Titular representante do Poder Público:** Diz que todos nesta sala têm clareza sobre isso, mas que desde a 1ª Conferência Nacional, essa é a conferência que não tem nenhum efeito sobre a perspectiva de esperança de uma proposta para a sociedade. É o pior cenário que a gente tem em torno das conferências. O Conselho Nacional de Saúde, em um momento de crise, organizou assim: Existe um tema geral. Existem oito eixos todos muito complexos. 1º - Direito e acesso com qualidade. 2º - Participação Social. 3º - Valorização do trabalho. 4º - Financiamento Público Privado. 5º - Gestão do modelo de atenção público. 6º - Formação e Educação. 7º - Ciência e tecnologia. 8º - Reforma democrática. Para que isso fosse discutido nas pré-conferências, convidamos algumas pessoas para falar sobre os temas. Convidamos alguns para falar no dia das conferências também. Para o documento, levantamos o que é problemático e as pessoas querem discutir, o Direito Social da Saúde. Foi feito um apanhado, um panorama geral dos problemas do SUS hoje. Hoje os temas são concretos. O que acontece na cidade de São Paulo. Os demais eixos são indiscutíveis em sua importância. Essa foi a lógica de organização do documento.

### **As Conselheiras Giane, Denize e Jarqueline leem o documento norteador.**

Ao final da leitura do documento norteador e diante da necessidade de discussão dos diversos destaques apontados, a Coordenadora da Comissão Executiva, Jarqueline sugere intervalo de 15 minutos para o café, o que foi acatado por todos os conselheiros.

### **As 17h55 foram reabertos os trabalhos.**

Após discussão e esclarecimento de todos os destaques, a Coordenadora da Comissão Executiva coloca em regime de votação a aprovação do Documento Norteador com as inclusões e exclusões solicitadas.

**O Conselheiro Titular representante do Poder Público:** Informa que fará as alterações solicitadas e numerará o documento para facilitar as discussões nas regiões.

**O Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Solicita que haja uma reunião da Comissão Organizadora no dia de amanhã, para ajustar os detalhes para as primeiras pré-conferências e solicita que haja o cancelamento da Oficina com Dr. Jorge Kaiano.

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Acha que em virtude do tardar da reunião que é deselegante desmarcar a Oficina, uma vez que já desmarcaram em outra ocasião. Propõe que a reunião seja no período da tarde.

**Aprovado**

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Retoma a votação para aprovação do Documento Norteador.

**Aprovado por aclamação.**

**O Documento Norteador das Pré-Conferências seguirá da seguinte maneira:**

**15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE  
7ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo  
18ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**

***Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas:  
Direito do Povo Brasileiro***

## **DOCUMENTO NORTEADOR**



**Conferência Municipal de Saúde de São Paulo  
COMISSÃO ORGANIZADORA**

### **SUS – PANORAMA GERAL**

#### **Preâmbulo**

1. Promulgada a CF de 1988, os constituintes haviam destinado 30% de recursos orçamentários da Seguridade Social para a saúde (Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias), a fim de que o Ministério da Saúde – MS iniciasse a organização do novo sistema, o SUS. Contudo, esse recurso não foi repassado ao MS contribuindo, no início de 1990, para a ocorrência de graves incidentes sanitários no País.

2. Nascia um movimento pendular duradouro – impulsos de construção do SUS eram seguidos de movimentos de resistência à implantação do SUS – junto ao início do subfinanciamento do sistema.

3. Durante um quarto de século foram relevantes as conquistas do Sistema Único de Saúde. Estudos avaliativos têm evidenciado que a política de saúde pública teve impacto positivo sobre a mortalidade infantil, protegeu o País da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA/AIDS, além de cuidar dos portadores e doentes; ampliou o acesso a medicamentos e ao atendimento de urgência.

4. Contudo, a cronicidade do subfinanciamento, a inadequada política de pessoal e os problemas de gestão e de planejamento têm comprometido a consolidação e, mesmo, a sustentabilidade do Sistema.

5. Apesar do caráter inovador de várias medidas de reforma do modelo de gestão já incorporadas ao cotidiano do SUS – gestão participativa, fundos de saúde, colegiados interinstitucionais e outras –, elas não foram potentes para se contrapor ao patrimonialismo, à privatização e ao padrão de iniquidade do Estado brasileiro.

6. Na realidade, na atualidade, devemos apoiar vivamente projeto estratégico focado na sustentabilidade e no futuro do Sistema Único de Saúde, que enfrente e supere o conjunto de impasses crônicos que limitam a plena constituição do SUS e do direito à saúde, quais sejam: a fragmentação do Sistema, a privatização do Sistema e a precariedade da política de gestão de pessoas que não contempla a criação de carreiras do SUS e a inadequação das estratégias de gestão no SUS.

### **Fragmentação do Sistema**

7. As inovações contidas na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e em leis e decretos posteriores não foram suficientes para proteger o SUS do caráter clientelista, privatista e ineficiente do Estado brasileiro.

8. Uma diferença radical na organização do SUS em relação aos sistemas públicos nacionais de outros países foi o grau de descentralização adotado no País. No Brasil optamos por considerar o município como núcleo básico organizacional do sistema. O funcionamento sistêmico seria garantido pela atuação integradora das Secretarias de Estado da Saúde – SES e pelo Ministério da Saúde – MS.

9. O resultado desta opção gerou efeitos paradoxais: tanto propiciando a existência de experiências exitosas em municípios com contexto favorável, o que serviu como efeito demonstração de que o modelo SUS era possível e efetivo, quanto também instalando uma fragmentação do sistema já que cada município tem autonomia para definir sua própria política de gestão e de atenção à saúde.

10. Esta construção municipal do SUS tem gerado iniquidade, desigualdade e comprometido a sustentabilidade do SUS como um todo e mesmo das redes locais.

11. A esta forma de fragmentação decorrente da dificuldade de integração em rede das políticas, programas e serviços federal, estaduais e municipais, somou-se ainda uma antiga fragmentação típica da tradicional saúde pública brasileira, que atuava com programas focais, voltados cada um para um tipo de risco ou de enfermidade, e que foi ampliada ao longo da existência do SUS.

12. Ao SUS restou o desafio de compor um sistema com milhares de modos de governar em cada local e Estado e ainda tentar compor isso com duas centenas de programas sanitários que funcionam com regras e padrões de financiamento e de prestação de contas diferentes.

13. Formava-se uma nova Torre de Babel. Quem, que organismo, que gestor, que conselho teria governabilidade para unificar esses pedaços do Estado com grande grau de autonomia, de planejamento, de tomada de decisão e de gestão tão ampliada?

14. Funcionamento sistêmico depende de coordenação e de forte interligação entre os pontos da rede. No caso, integração entre os vários sistemas municipais de saúde, programas e redes de atenção diferentes e desconectadas e inventadas por cada novo governante em exercício.

15. O papel de coordenação e de unificação desse mosaico caberia ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Estado da Saúde.

16. Esta doutrina, na prática, não vem produzindo efeitos suficientes para uma adequada governança do SUS. Isso apesar do SUS, para integrar entes federados autônomos – União, Estados da Federação e cidades – em um sistema único, tenha criado arranjos organizacionais inovadores para a secular tradição dos serviços públicos brasileiros.

17. Ressalta-se a invenção de novos mecanismos de cogestão entre estes entes federados: a gestão colegiada, que deu origem a Comissão Intergestores Tripartite – CIT de âmbito nacional, as Comissões Intergestores Bipartites – CIB com governabilidade sobre projetos em cada estado e, mais recentemente, as Comissões Intergestores Regionais – CIR, que reúnem todos os dirigentes municipais de uma Região de Saúde com delegados do governo estadual.

18. Também se reforçou, em cada esfera de governo, instâncias colegiadas de participação popular: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

19. Na perspectiva do planejamento esforçou-se ainda, por meio do Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, na criação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, destinado a formalizar acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada.

20. Apesar da criação desses espaços de deliberação participativa, observou-se uma tendência do Ministério da Saúde e das SES em utilizar mecanismos de repasse financeiro para induzir a adesão dos municípios a determinados programas e prioridades.

21. É ainda muito recente a tentativa de introduzir-se a metodologia dos contratos ou de pactos de gestão entre os entes federados.

22. Apesar destes esforços, contudo, a integração sistêmica ainda é baixa no Brasil.

### **Privatização do Sistema**

23. Agravou ainda mais a fragmentação do SUS e, portanto, a baixa governança, a privatização direta ou indireta da gestão de serviços e de redes municipais – por meio de organizações sociais – OS e outros –, apresentada como solução conservadora e neoliberal, supostamente potente para resolver os impasses da administração pública.

24. Com isto, criaram-se dentro de um mesmo território municipal agentes gestores com importante grau de poder e autonomia para definir estratégias de cuidado, política de pessoal, entre outros aspectos.

25. Vale ressaltar que desde a constituição do SUS, ao contrário do que ocorreu na implementação de outros sistemas nacionais de saúde, optou-se pela compra de serviços a hospitais e ambulatórios privados e filantrópicos, sob os quais os gestores têm baixa capacidade de controle e quase nenhuma governabilidade.

26. Em decorrência, ao longo de toda a história do SUS, não se conseguiu integrar estes serviços conveniados e contratados à rede de saúde e tampouco foi possível que adotassem normas e práticas recomendadas pelo sistema.

27. Com todo esse processo de fragmentação, de privatização e de descentralização comprometeu-se o funcionamento sistêmico e integrado da política de saúde.

28. O processo de municipalização na Saúde foi competitivo e não solidário. O SUS, hoje, é um mercado imperfeito, em que mais de oito mil agentes de produção em saúde, com diferentes modalidades organizacionais – Secretarias Municipais de Saúde – SMS, SES, redes e programas do MS, centenas de organizações sociais, milhares de hospitais universitários, privados e filantrópicos –, com autonomia relativa para definir suas prioridades, modelos de atenção e de gestão, política de pessoal, operam com baixo grau de planejamento, com subfinanciamento, sobreposição de papéis e de responsabilidade, compondo um caótico cenário de governança.

## **Precariedade da Política de Pessoal que não Contempla a Criação de Carreiras do SUS e Inadequação das Estratégias de Gestão no SUS**

29. Duas das consequências nefastas deste processo de fragmentação foram a precariedade das políticas de pessoal e a inadequação das estratégias de gestão no SUS.

30. Diluiu-se a responsabilidade de Estados da Federação e da União, delegando-se aos municípios tarefas impossíveis de serem levadas a cabo ao nível local e de maneira isolada. Produziu-se com isso uma cultura da improvisação, de precariedade e de maltrato em relação aos profissionais de saúde e ao cuidado dos usuários.

31. Infelizmente, esse padrão de simplificação, de estratégia da precariedade, estendeu-se também para infraestrutura, equipamentos e modelo de atenção e de cuidado.

## **Impasses Crônicos e o Futuro do SUS**

32. Estudiosos compromissados com a qualificação e ampliação do Sistema de Saúde nacional, público e universal, que vem fazendo propostas para o enfrentamento destes impasses crônicos, apontam que, para superá-los, o núcleo operativo e organizacional do SUS deve estar centrado nas 436 Regiões de Saúde<sup>1</sup> existentes no País.

33. O SUS tem como diretriz constitucional ser descentralizado, ao mesmo tempo em que por conceituação também constitucional (art. 198, caput), se constitui como o resultado da integração das ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada.

34. A regionalização é o centro das proposições destinadas a reorganizar e reestruturar um amplo e qualificado aparato sanitário estatal nacional.

35. As redes de saúde devem ser organizadas regionalmente, pois cada município, isoladamente, não tem como garantir a integralidade da atenção à saúde.

36. A integralidade, hoje, não se resolve apenas no nível municipal. Isso porque a mudança no perfil demográfico – aumento da expectativa de vida do brasileiro, que passou para 74,9 anos em 2013, com o aumento de doenças crônicas que acometem a maioria dos idosos brasileiros – ; a mudança no perfil epidemiológico – a convivência de doenças infecciosas, do crescimento de mortalidade por causas externas (acidentes, violência e outras) e da predominância relativa das doenças crônicas e suas consequências – e a necessidade de acesso à tecnologia, aumentaram sobremaneira as exigências para o Sistema de Saúde público.

37. Neste sentido, é essencial que se avance no processo de organizar e consolidar as 436 Regiões de Saúde – constituídas pelos municípios de uma macrorregião e por representação do Estado da Federação – no País.

38. Para isto, o planejamento do SUS teria dimensões regional, estadual e nacional.

39. A partir da Comissão Intergestores Regional – CIR – que reúne todos os dirigentes municipais de cada Região de Saúde com representantes do governo estadual –, a assistência, os serviços e hospitais seriam planejados de modo ascendente.

40. Com isto a atuação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB – que reúne dirigentes da SES e representantes de todos os secretários municipais de Saúde do Estado da Federação – se tornaria mais relevante dada a necessidade de analisar, equacionar questões inter-regionais e monitorar a execução do que foi planejado em todas as Regiões de Saúde do Estado.

41. Ressalte-se que o planejamento ascendente, a partir das Regiões de Saúde, conferiria mais importância ao acompanhamento do processo pelos Conselhos de Saúde estadual e municipais.

<sup>1</sup> No Estado de São Paulo são 63 Regiões de Saúde, sendo que uma delas é o Município de São Paulo.

42. Já políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, por exemplo, precisam ter uma dimensão de planejamento nacional.

43. A aplicação de recursos também seria planejada em âmbitos regional, estadual e nacional, porém seria fundamental instituir Fundos Regionais de Saúde com recursos de origem federal, estadual e municipal.

44. As Regiões de Saúde fariam a gestão de uma rede de atenção integral à saúde.

45. A incorporação das Regiões de Saúde, como núcleo operativo e organizacional do SUS, impõe uma reforma da institucionalidade do SUS, reforçando algumas características, normas e leis vigentes, porém as ampliando mediante arranjos institucionais inovadores e potentes ou mediante a criação de novas personalidades jurídicas regionais, sem o que não haverá regionalização.

46. No conjunto de estudos sobre o futuro do Sistema Único de Saúde como aparato estatal é bastante forte a proposição de que o núcleo operativo e organizacional do SUS deve ser as Regiões de Saúde.

47. É consensual o reconhecimento do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, na perspectiva do planejamento da organização e integração das ações e serviços de saúde entre entes federativos na rede regionalizada e hierarquizada.

48. Também é consensual a importância de instâncias de participação popular – conselhos e conferências municipais, regionais, estaduais e nacional –; o financiamento intergovernamental tripartite, compartilhado, solidário e proporcional e a organização de atenção e cuidados integrais à saúde, com estratégias e serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação e apoio ao autocuidado.

No entanto, diversos estudiosos apontam a necessidade de criarem-se novas personalidades jurídicas, a saber:

49. a) consórcio nacional do SUS, sob a égide do Direito Público<sup>2</sup>.

49.1. Consórcio nacional do SUS, sob a égide do Direito Público, singular e intergovernamental – tripartite –, com adesão voluntária de União, Estados e Municípios em territórios, bases e redes de serviços regionais. Com um plano nacional de cargos, carreiras e salários, em todos os níveis e ocupações profissionais, mas com critérios equânimes para a indução, fixação e fluxo de profissionais de saúde a partir de prioridades de atenção e especificidades regionais;

50. b) associação regional da saúde interfederativa com características próprias do SUS, de natureza jurídica consorcial<sup>3</sup>;

51. c) criação de uma autarquia pública especial da União gerenciada pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, tendo como núcleo organizacional as Regiões de Saúde<sup>4</sup>.

A criação da autarquia pública especial com gerência tripartite incidiria sobre os impasses crônicos que limitam a plena constituição do SUS e do direito à saúde fazendo nascer uma nova institucionalidade, a saber:

<sup>2</sup> Alcides Miranda, UFRGS. O desafio de construir a regionalização a partir de experiências próprias.

Disponível em: <http://www.resbr.net.br/o-desafio-de-construir-a-regionalizacao-a-partir-de-experiencias-proprias/>

<sup>3</sup> Lenir Santos, Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA. SUS: A Região de Saúde é o Caminho.

Disponível em: [www.idisa.org.br/img/File/regiao\\_de\\_saude\\_%C3%A9\\_o\\_caminho\\_22\\_1\\_2014.pdf](http://www.idisa.org.br/img/File/regiao_de_saude_%C3%A9_o_caminho_22_1_2014.pdf)

<sup>4</sup> Gastão Wagner. Proposta para tornar o SUS uma utopia possível. Revista Ser Médico Nº 69, out/nov/dez., 2014. p. 24-27. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=FlipRevista&id=69#/26/>.

51.1. • todos os serviços públicos teriam um modelo organizacional autárquico, o que valeria para atenção básica, redes de atenção, organizações sociais, fundações privadas, entre outros, apontando, assim, para o fim da privatização e para a invenção de um novo modelo público de organização e de gestão;

51.2. • todos os profissionais de saúde que trabalhem no SUS passariam à gestão da autarquia pública especial com gerência tripartite por dois caminhos: optariam livremente por integrar as novas carreiras multiprofissionais da autarquia especial ou seriam cedidos por Municípios, Estados da Federação, universidades para o efetivo exercício na autarquia especial;

51.3. • o ingresso de novos profissionais nas carreiras multiprofissionais da autarquia pública especial com gerência tripartite se daria mediante concurso por Estado da Federação, havendo possibilidade de progresso por mérito e mobilidade antes de novos concursos.

51.4. • os servidores já concursados por entes públicos poderiam optar para ingressar na nova carreira como quadro em extinção.

## **O SUS no Município de São Paulo**

52. O Município de São Paulo faz parte da Região Metropolitana de São Paulo, que conta com 39 municípios e 19.672.582 habitantes (IBGE – 2010), ocupando 7.943,85 Km<sup>2</sup> de área territorial.

É a cidade mais populosa do Brasil e conta com 11.513.836 habitantes (Fundação SEADE – 2014), sendo 5.464.587 do sexo masculino e 6.049.249 do sexo feminino. 1.517.223 habitantes, ou 13,18% do total, situam-se nas faixas etárias de 60 anos e mais de idade. Da sua população, 99,1% vivem em área urbana e 0,9% em área rural (IBGE – 2010). É o principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul, com Produto Interno Bruto – PIB de R\$ 443 bilhões (IBGE – 2010) e PIB per capita de R\$ 35.271,93, representando 35,9% do PIB paulista e 12,3% do PIB nacional.

Abriga um importante centro tecnológico de saúde, com um complexo médico-hospitalar de referência nacional e internacional, o que representa parcela importante da sua economia.

53. As unidades sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP prestam serviços de urgência e emergência, de média complexidade e são maioria quando se trata prestação de serviços de alta complexidade. Sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS predominam as unidades que prestam serviços de atenção básica, de urgência e emergência, de média complexidade e os hospitais gerais secundários, sendo de se destacar que existem dificuldades de articulação das duas esferas de governo no sentido de garantir o acesso integral do cidadão ao Sistema Único de Saúde – SUS.

54. As referidas dificuldades de articulação das duas esferas de governo persistem, por um lado, em função da fragmentação entre as redes assistenciais dos dois entes federados existente no território da municipalidade e, por outro, dada a fragilíssima atuação integradora da SES-SP na garantia do funcionamento sistêmico na Região de Saúde do Município de São Paulo.

55. Contribui para a fragmentação a pouca transparência da SES-SP quanto à distribuição, para os Municípios, de vagas de internação, cirurgias, consultas especializadas e exames de diagnóstico e terapêutica.

56. A este respeito, a partir de estudo das bases de dados nacionais do SUS no período 2011-2014, no qual se revela a tendência dos estabelecimentos sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo diminuir a prestação de serviços assistenciais aos cidadãos e cidadãs residentes no Município de São Paulo nas áreas de clínica, cirurgia e obstetrícia, o Conselho Municipal de Saúde de São Paulo aprovou a Resolução nº. 2/2015 – CMS-SP, de 9 de abril de 2015, solicitando explicações à SES-SP sobre essa ocorrência.

57. O Quadro de Pessoal da SMS – 2014, trabalhando nos estabelecimentos e serviços de saúde, é o seguinte: 82.120 trabalhadores e trabalhadoras, sendo 41.433 (50,45%) contratados por terceiros e 40.687 (49,55%) contratados pela administração pública. Desses 23.488 são servidores públicos municipais, 13.518 são empregados públicos municipais (2.622 no Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM e 10.896 na Autarquia Hospitalar Municipal – AHM), 3.315 são servidores públicos estadual, 118 servidores públicos federal e 248 oriundos do Programa Mais Médico.

No ANEXO – O SUS no Município de São Paulo no Biênio 2013-2014 encontram-se dados sobre os estabelecimentos de saúde administrados pela SMS e o desenvolvimento da prestação de serviços da SMS no período.

## **DIREITO À SAÚDE**

*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.*

(Art. 196. Constituição Federal de 1988)

58. Há dois séculos homens e mulheres que lutavam por um mundo que se estruturasse tendo como pilar da organização em sociedade a radical defesa da vida de todas as pessoas, atinaram para a determinação social e econômica que ensejava a exposição da esmagadora maioria da população a toda sorte de riscos à sua saúde e à sua vida. Mas não só: perceberam que a luta pela superação das desigualdades socioeconômicas era insuficiente para preservar a saúde, manter a vida e propiciar o bem-estar coletivo sem que, paralelamente, se instituísse uma rede de prestação de serviços, distribuída pelo território do Estado nacional, que propiciasse às pessoas o acesso universal e igualitário às ações e serviços destinados à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

59. Os Sistemas de Saúde nacionais socializados, portanto, universais, implantados particularmente em países europeus do início do século passado até a década de 1970, constituíram-se na materialização da solução para a necessidade de instituir-se uma rede de prestação de serviços de saúde nacional e de acesso igualitário, cujos defensores pertenciam ao campo social e político que defendia as bases de uma sociedade solidária e igualitária, integrado por partidos políticos que buscavam a transformação social, pelo movimento sindical e pela intelectualidade progressista.

60. No Brasil, os constituintes eleitos em 1986, em meio ao complexo processo de luta política que havia levado à derrocada o regime militar, à participação e pressão popular visando à democratização do País em todas as suas dimensões e à falência da política de saúde excludente e privatizante implantada no período (1964-1985), inscreveram na Constituição Federal de 1988 – CF de 1988, pela primeira vez na história do País, o reconhecimento da saúde como direito social, conforme evidenciamos em epígrafe.

61. E mais: dispuseram sobre o Sistema Único de Saúde – SUS nos seguintes termos: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e participação da comunidade” (Art. 198 da CF de 1988).

62. A moldura na qual se inseriram o reconhecimento da saúde como direito social e a criação do SUS, de um lado, era assim enfatizada: “São de relevância pública as ações e serviços de

saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle [...]” (Art. 197 da CF de 1988). De outro lado, inseria-se a saúde no texto constitucional no conjunto integrado de ações denominado Seguridade Social – saúde, previdência e assistência social – (Art. 194 da CF de 1988), a qual deveria ser financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais.

63. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – protagonista fundamental no reconhecimento da saúde como direito social – sustentou no seu ideário um projeto civilizatório com amplas mudanças nos valores societários em relação à vida e ao planeta. Esse projeto, ainda a ser construído, está fundado nas bases de uma sociedade solidária e democrática, com a defesa do direito universal à saúde como direito de cidadania.

64. O direito à saúde é um direito social que deve ser garantido pelo Estado, por meio de políticas econômicas, sociais e culturais, tal como conquistado na Constituição Federal de 1988, sendo incompatível com propostas nas quais a saúde é tratada como negócio ou mercadoria.

65. O Sistema Único de Saúde – SUS nasceu referendado por uma inédita mobilização social, impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária, que buscava tecer as bases de um projeto de País, pautado na justiça, na igualdade e nos direitos sociais. O SUS teve e tem por objetivo melhorar a saúde da população, cuidar de todos de forma integral com a qualidade e a complexidade que os problemas requerem e a população merece; adotou a participação social promovendo a democracia participativa como fundamento para a sua gestão.

66. Antes da criação do SUS, no que se refere ao componente assistencial da saúde, o acesso à prestação de serviços era assegurado para: a) as pessoas que tinham capacidade de pagar através de suas próprias fontes de renda; b) as pessoas que se inseriam no setor formal do mercado de trabalho e suas famílias, aos quais era garantido o acesso a assistência médica através da previdência social e c) as pessoas que tinham algum tipo de proteção institucional (plano ou seguro de saúde) financiado por ela mesma, por sua empresa ou por terceiros.

67. Ou seja, uma grande parcela da população brasileira – que não se inseria no mercado formal de trabalho, não tinha renda para pagar por sua proteção à saúde ou não tinha nenhuma empresa ou instituição que velasse por sua saúde – poderia acessar aos serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde públicos da administração direta (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde) ou contar com a caridade provida pelos hospitais filantrópicos, como os das Santas Casas de Misericórdia.

68. No entanto, tanto os estabelecimentos de saúde públicos da administração direta quanto os hospitais filantrópicos, tinham papel residual na oferta de saúde no país e não eram suficientes para cobrir uma volumosa população de trabalhadores e de trabalhadoras do setor informal do mercado de trabalho que vivia nas periferias das grandes regiões metropolitanas, nas pequenas cidades e vilas e nas regiões rurais.

69. Nestes 27 anos o SUS avançou e acumulou conquistas, especialmente se considerarmos a situação da saúde no período de sua criação. Entretanto, estamos muito distantes da situação ideal, os avanços alcançados não podem mascarar os problemas intrínsecos do SUS e nem aqueles extrínsecos, oriundos de setores da sociedade que boicotam a sua consolidação desde o seu nascedouro.

70. O SUS não é um sistema de saúde que possa sobreviver e se consolidar com políticas orientadas pelo projeto neoliberal, que não mede esforços em desconstruí-lo, que alimenta os interesses da indústria médica globalizada e transforma a saúde em puro mercado.

71. O momento é crítico e a sobrevivência do SUS exige mudanças profundas na ordem econômica, política e social brasileira; exige, também, o compromisso efetivo do Estado, dos governos e da sociedade na sua defesa.

72. Nada mais ilustrativo do ataque frontal ao direito social à saúde do que o Projeto de Emenda Constitucional – PEC nº. 451, de autoria do deputado Eduardo Cunha, que pretende alterar a Constituição Federal e tornar planos privados obrigatórios aos trabalhadores empregados. Tal projeto, em termos de direito social, propõe retrocedermos ao período anterior à promulgação da CF de 1988!

73. Tal projeto secunda a mercantilista e inconstitucional abertura à participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, introduzida pela Lei nº. 13.097, de 19 de janeiro de 2015 (Art. 142), que alterou o Art. 23 da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

74. E a tentativa de desmonte do que se construiu no direito social à saúde, e no âmbito do Sistema Único de Saúde, não para aí. Projeto de Lei do Senado nº. 200/2015 constitui um retrocesso na regulamentação da pesquisa clínica, pois desconsidera o atual sistema de revisão ética da pesquisa, intitulado Sistema CEP-CONEP, constituído pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, instância integrante do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, e pelos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP, que são instâncias das instituições que realizam pesquisas no Brasil. Tal projeto fragiliza a proteção da saúde e da dignidade humana, bem como os direitos dos participantes das pesquisas, uma vez que a aprovação da pesquisa clínica envolvendo seres humanos não é incluída na esfera do Sistema Único de Saúde.

75. Para que a saúde seja um direito de todos, assumida como um bem da sociedade, é necessário um novo acordo em nome do interesse público, que recomponha os princípios e as orientações constitucionais, os quais devem ser assegurados pelos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.

## **SUS – VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

76. Na busca pela melhoria do SUS é também fundamental regular a preparação dos seus profissionais, reorientando a formação em saúde a partir das necessidades da maioria do povo brasileiro e não pela lógica do mercado.

77. São desafios postos que vão desde a mudança nos currículos com projetos pedagógicos comprometidos com a concepção de saúde integral como promotora da qualidade de vida, passando pela prevenção às principais doenças, pela assistência e pela reabilitação dos indivíduos.

78. É imprescindível, para avançar nas mudanças, que as práticas dos profissionais e técnicos em saúde aconteçam no ambiente das ações e dos serviços ofertados pelo SUS, fazendo com que haja a inserção no trabalho em equipe e inserção nos processos decisórios da gestão.

79. As medidas recentes aprovadas na lei que normatizou o programa Mais Médicos indicam que é necessário universalizar as residências e as especializações mais demandadas do SUS, como forma de garantir profissionais em número suficiente para as diversas regiões do País.

80. Portanto, avançar na qualidade da atenção e no cuidado com humanização e respeito exige um novo quadro curricular e uma nova forma de pensar as especialidades na integralidade da atenção, além de práticas de cuidado integradas associadas a formas de gestão democráticas.

81. Para regular de forma pública a formação em saúde, é necessário também conhecer a realidade da força de trabalho nos setores público e privado, considerando o impacto no mercado de trabalho e as especificidades que compõem o trabalho em saúde.

82. Para tanto, torna-se imprescindível a realização de um censo capaz de diagnosticar, de maneira mais precisa, a quantidade, a distribuição, a composição e as necessidades dos trabalhadores da saúde.

83. Melhorar a distribuição e a composição social da força de trabalho é um dos pontos centrais a ser abordado. É preciso conceber uma estratégia para democratizar o acesso às faculdades e universidades, com garantias e estímulos para que os filhos das camadas populares tenham a

possibilidade de se formarem nestas instituições e levem para dentro da universidade sua história de vida e as demandas de sua representação social.

84. É fundamental a adoção de uma política de gestão de pessoas unificada, com diretrizes nacionais para o Sistema Único de Saúde, e a estruturação de carreiras multiprofissionais nas grandes áreas temáticas do SUS, como atenção básica, atenção especializada e hospitalar, urgência e emergência, vigilância em saúde e apoio administrativo e financeiro.

À luz das diretrizes nacionais se adequa a política de gestão de pessoas às realidades loco-regionais.

85. A estruturação de carreiras multiprofissionais do SUS deve ter como referência a organização das Redes de Atenção à Saúde integrais regionalizadas, a valorização do trabalho em equipe, o cuidado humanizado e a educação permanente como estratégias de qualificação dos trabalhadores.

86. É preciso somar esforços com as entidades da saúde e as centrais sindicais para construir uma agenda de valorização do trabalho em saúde, ampliando nas diferentes profissões a defesa do SUS, e combatendo todas as formas de precarização existentes no sistema público – incluindo a privatização direta ou indireta e as terceirizações da prestação de serviços – e nos estabelecimentos e serviços privados.

87. Esta agenda deve reforçar a luta pela jornada de trabalho de 30 horas semanais, considerando as especificidades do cuidado prestado nos serviços de saúde, a educação permanente como estratégia de qualificação dos trabalhadores, bem como a produção de conhecimento, o desenvolvimento e o estabelecimento de tecnologias em serviços e equipamentos, com a finalidade de fomentar melhores condições de trabalho.

88. Destaca-se que entre os inúmeros problemas enfrentados pelos trabalhadores do Estado encontram-se a Tabela de Lotação de Pessoal defasada pela falta de concursos públicos. A fragmentação salarial e as discrepâncias nos benefícios dos profissionais de saúde – municipais, municipalizados, estaduais, federais, autárquicos e de parceiros privados – também se apresentam como entraves que precisam ser repensados.

89. Os ambientes, os processos e as condições de trabalho devem ser sempre levados em conta como possíveis determinantes da ocorrência de acidentes, de doenças e de intoxicações relacionadas ao trabalho.

90. É preciso que se atente para a relevância da participação das centrais sindicais e de sindicatos de trabalhadores na formulação e acompanhamento da política de saúde do trabalhador e da trabalhadora da saúde.

91. Por fim, devemos esclarecer à sociedade brasileira sobre a natureza socialmente destrutiva do Projeto de Lei nº. 4.330, que Dispõe sobre os contratos de terceirização e as relações de trabalho deles decorrentes, e combatê-lo duramente, uma vez que representa a retirada de direitos conquistados ao longo de décadas pelos trabalhadores e pelas trabalhadoras do Brasil.

## **GESTÃO DO SUS E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

92. O Sistema de Saúde nacional, público e universal, previsto na Constituição Federal com a denominação de Sistema Único de Saúde – SUS, foi inspirado na melhor tradição de qualificados Sistemas de Saúde nacionais socializados implantados em países europeus (Grã Bretanha, Suécia, entre outros) e no Canadá e, antes disso, foi criado para garantir o direito social à saúde para todos os brasileiros e para todas as brasileiras.

93. O Brasil tinha – e continua tendo – recursos suficientes para implantar o SUS, bem como infraestrutura econômica – capacidade tecnológica de produzir ou pesquisar produtos, equipamentos, insumos e processos necessários à sua operacionalização – e social – instituições universitárias e instituições de ensino e pesquisa instaladas no País capazes de

formar a mão-de-obra básica, técnica e especializada necessária para promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde das pessoas.

94. Ou seja: somos um País que conta com todas as condições para implantar um aparato sanitário estatal nacional potente para prestar à população brasileira a totalidade dos serviços de saúde com qualidade e, assim, cuidar bem de todas as pessoas!

95. Eis a questão: os inimigos do SUS sempre souberam disto. Por isso, desde 1989, a cada iniciativa visando a organização do cuidado de saúde à população brasileira, os setores sociais conservadores reagem com ações concretas de resistência à implantação do SUS.

96. A primeira delas foi o descumprimento da CF de 1988, mediante ação do próprio governo federal, sonogando a transferência para o Ministério da Saúde de recursos constitucionalmente destinados ao SUS, nos anos inaugurais do Sistema.

97. Outras ações concretas ocorreram, mas, entre elas, é preciso destacar que, ainda nos anos inaugurais do Sistema, deu-se o início do incremento da transferência indireta de recursos federais para planos e seguros de saúde privados em desfavor do SUS, e, também, o fim da utilização prevista constitucionalmente de recursos da Seguridade Social na saúde e, anos depois, a extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF<sup>5</sup>.

98. São inúmeros e diversificados os exemplos de ações destrutivas destinadas a impedir a consolidação de um Sistema de Saúde nacional, público e universal, que tivesse como características marcantes a solidariedade social, o envolvimento coletivo dos trabalhadores da saúde no processo de modelagem das práticas sanitárias, a humanização de estabelecimentos e serviços e a distribuição de renda.

99. O fato é que, quando se produziu um impasse em relação à própria perspectiva de efetiva implantação do SUS, aqueles mesmos setores sociais conservadores passaram, então, a advogar e patrocinar a privatização direta ou indireta e terceirizações diversas no SUS, sempre, claro, às expensas de transferências de recursos do Erário Público para entes privados.

100. Ora, é fácil entender tais ações socialmente predatórias, quando se tem presente que somente é possível construir Sistemas de Saúde nacionais socializados, como os dos países acima citados, com a montagem de um amplo e qualificado aparato sanitário estatal nacional.

101. E mais: segundo estudiosos do tema, há evidências sólidas, extraídas da experiência internacional, sobre o modo mais efetivo para organizar a saúde: os Sistemas de Saúde públicos e nacionais têm melhor desempenho que modelos privados.

102. Nestes termos no ano de realização da 18ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, etapa regional da 7ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo no processo de discussão da 15ª Conferência Nacional de Saúde, cabe a um amplo campo democrático e popular recolocar na agenda de lutas sociais proposição de reestatização da ideia-força que deu forma ao SUS constitucional: a saúde é direito de todos e dever do Estado!

103. É preciso buscar inspiração na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e, desse modo, estimular e propor a discussão coletiva de proposição que aponte para uma nova institucionalidade no SUS de natureza pública e estatal.

## **FINANCIAMENTO DO SUS E RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO**

104. Já foi mencionado que os setores sociais conservadores reagem – e continuam reagindo – com ações concretas de resistência à implantação do SUS, especialmente não aportando recursos suficientes no Sistema.

Na sequência elencamos algumas providências que podem tornar decididamente o SUS constitucional estável do ponto de vista do seu financiamento.

<sup>5</sup> Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira.

104.1. • Acabar com os subsídios dos planos privados de saúde por meio de estratégia progressiva, inicialmente instituindo um limite de valor de gastos com saúde, que podem ser dedutíveis do Imposto de Renda como no caso da educação; não financiar planos privados para servidores públicos com recursos públicos; proibir anulação ou perdão das dívidas dos planos com o Estado; proibir subsídios diretos aos planos e não promover incentivos aos planos privados individuais.

104.2. • Aplicar os recursos decorrentes dos subsídios em especial na atenção básica (Estratégia Saúde da Família, promoção e prevenção à saúde) e na média complexidade (atenção especializada com profissionais e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico adequados).

104.3. • Garantir maior financiamento público com o fim da Desoneração das Receitas da União – DRU para o setor da saúde.

104.4. • Flexibilizar a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF para a contratação de trabalhadores da saúde (investindo no quadro de servidores próprios da saúde e diminuindo progressivamente a contratação de organizações sociais).

104.5. • Reapresentar Proposta de Emenda Constitucional que estabeleça que 10% da Receita Corrente Bruta da União deve ser alocada anualmente na saúde pública.

104.6. • Denunciar e repudiar a falsa proposta de Cobertura Universal de Saúde, que não produz cobertura a todos, mas pacotes limitados de serviços que não atendem às necessidades de saúde da população.

104.7. • Esclarecer a sociedade brasileira e iniciar um novo movimento popular, a fim de que se pressione o Congresso Nacional para alterar medidas aprovadas pela Emenda Constitucional nº. 86, de 18 de março de 2015, que constitucionalizaram o subfinanciamento da saúde, a saber:

104.7.1. • a) retirar do compute do cumprimento do mínimo obrigatório estipulado para a contribuição anual da União na saúde, as ações e serviços públicos de saúde custeados pela parcela de royalties (Pré-Sal) e participação especial da União;

104.7.2. • b) retirar do compute do cumprimento do mínimo obrigatório estipulado para a contribuição anual da União na saúde, o valor equivalente a 50% das emendas de deputados e senadores que passaram a fazer parte da base de cálculo dos gastos em saúde – antes elas não eram parte da conta;

104.7.3. • c) propor que as emendas da saúde sejam adequadamente avaliadas, na fase de apreciação no Congresso Nacional, pelo Conselho Nacional de Saúde com auxílio de técnicos do Ministério da Saúde, a fim de não se correr o risco de substituição de despesas em programas planejados e estruturados do MS por despesas avulsas e pouco articuladas, decorrentes das emendas parlamentares, sem impacto significativo nos indicadores de saúde da população.

(Com a Emenda Constitucional nº. 86, de 18 de março de 2015, o Poder Executivo passou a ser obrigado a liberar até 1,2% da receita corrente líquida do ano anterior para emendas parlamentares. Desse total, 50%, ou 0,6% do valor permitido, vão para saúde).

105. Taxar as grandes fortunas para aplicar os recursos na saúde.

As 15 maiores fortunas brasileiras são de grandes empresas que exercem monopólio da comunicação, como a Rede Globo e Grupo Abril, do agronegócio e de bancos como o Safra, o Itaú e o Bradesco. Essa arrecadação corresponde à quase totalidade do volume de recursos que o governo vai arrecadar com as últimas mudanças na tributação.

## **PARTICIPAÇÃO SOCIAL E REFORMAS DEMOCRÁTICAS E POPULARES DO ESTADO**

106. O SUS tem como um de seus princípios constitucionais a participação social, com envolvimento direto da comunidade no debate das questões da saúde. Assim, o envolvimento

*direto do povo na discussão e no controle da execução pelo Estado da política pública de saúde representou uma inovação no processo de construção da democracia brasileira.*

*107. Há mais de uma década vem ocorrendo incremento significativo na participação popular e no controle social das políticas públicas executadas pelo Estado nacionalmente, gerando a proposição da Política Nacional de Participação e o Sistema Nacional de Participação para outras áreas de políticas públicas, incentivando, inclusive, a adoção dos mecanismos de participação social nos Estados da Federação e nas cidades brasileiras.*

*108. O campo da saúde foi pioneiro neste debate, portanto, conta com dispositivos que institucionalizaram e estruturaram a participação popular ou, conforme a conceituação constitucional, a participação da comunidade (Art. 198, inciso III) que se dá principalmente por meio das Conferências de Saúde nacional, estaduais, do Distrito Federal – DF e municipais e dos Conselhos de Saúde.*

*109. Em relação aos Conselhos de Saúde, o País conta com o Conselho nacional, 27 Conselhos estaduais/DF e 5.596 Conselhos municipais. Essas instâncias devem ser paritárias (50% de representantes dos usuários), aprovar os planos municipais, estaduais/DF e nacional de saúde e o relatório anual de gestão e acompanhar a implementação das políticas de saúde.*

*110. Os Conselhos têm função deliberativa e de fiscalização da política de saúde, enquanto as Conferências têm por finalidade fazer o diagnóstico da situação de saúde da população e avaliar o processo de implementação das políticas da área, apontando diretrizes para correção ou ajuste de rumos.*

*111. Vale ressaltar que o Conselho Nacional de Saúde – CNS existe desde 1937, mas somente depois da criação do SUS assumiu atribuições políticas e composição mais democrática. Nesse período de 78 anos, o CNS realizou 14 Conferências Nacionais de Saúde, além de diversas Conferências temáticas. Recentemente elegeu, na primeira etapa do seu processo eleitoral para o triênio 2012-2015, 144 entidades nacionais. Em 13 de dezembro de 2013, foi eleita a Mesa Diretora paritária do Conselho com representante de usuários ocupando a presidência.*

*112. Os Conselhos e Conferências de Saúde, no entanto, necessitam melhorar sua atuação e ampliar a representação e a mobilização da sociedade. Há pouca articulação entre os diversos conselhos e os segmentos sociais organizados, gerando um processo de burocratização e desmobilização dos espaços de participação instituídos.*

*113. A gestão participativa ainda é pouco praticada no conjunto dos Estados e Municípios, onde há pouco apoio ao funcionamento autônomo e organizado dos Conselhos de Saúde.*

*114. Igualmente fundamental é conquistar e garantir, nos Planos de Saúde Municipais, Estaduais, do Distrito Federal e Federal ou em legislação específica, a sustentação material dos Conselhos, propiciando, os entes federados, estrutura e condições adequadas – pessoal e suporte técnico e econômico – para o funcionamento dos Conselhos.*

*115. Os Conselhos devem estabelecer canais de comunicação com o movimento sindical e movimentos sociais organizados e com os usuários do SUS nas unidades de saúde, a fim de romper com o desconhecimento e o isolamento e, assim, ampliar a luta pelo direito social à saúde.*

*116. A experiência brasileira de participação popular e de controle social do Estado no campo da Saúde é um aprendizado difícil, que exige diálogo, negociação e posicionamento político capazes de fazer avançar o processo de construção do SUS.*

*117. Portanto, para que este momento signifique um passo adiante na direção de uma 15ª Conferência Nacional de Saúde que reafirme a defesa do direito social à saúde e do SUS, é necessário reafirmar o significado e o sentido da participação popular e do controle social do Estado na execução da política pública de saúde nestes 27 anos de criação do Sistema Único de Saúde.*

*118. No campo da saúde dá-se também um processo de institucionalização de Conselhos Gestores, tanto de unidades de saúde quanto de Microrregiões de Saúde.*

119. Consoante com a Política Nacional de Ouvidoria do SUS, a Ouvidoria deve ser um instrumento da gestão participativa e da participação social, de disseminação de informações em saúde, de conscientização popular e de busca de equilíbrio e mediação entre usuários e gestores do SUS, bem como instrumento de avaliação da administração pública e de contratos por ela celebrados.

120. No momento atual, há um debate fundamental na sociedade brasileira sobre a realização de reforma política, como uma necessidade estrutural no avanço para formas de representação e participação mais legítimas e democráticas, sem a interferência direta dos interesses econômicos e dos meios de comunicação de massas (mídia) monopolistas, controlados por reduziíssimo grupo de proprietários.

121. Isto porque precisamos garantir que os setores sociais que não dispõem de capacidade e condições para exercer a cidadania e que foram mantidos fora do sistema político possam ser incluídos nas decisões nacionais.

122. A reforma política também é fundamental para que se aprofunde e aperfeiçoe a democracia participativa, com o estabelecimento de novas regras institucionais que garantam a ampliação da participação democrática e o fim do financiamento empresarial das campanhas eleitorais – mecanismo de captura da política pelo poder econômico – e da interferência do poder econômico na política visando fazer prevalecer os interesses dos grupos financiadores de campanhas em detrimento dos interesses coletivos da população.

123. É preciso democratizar a mídia também para garantir o direito à informação e reduzir o poder de filtro que preserva interesses de grupos específicos de proprietários, além de expandir alternativas aos meios de comunicação de massas.

124. Por fim, reformas democráticas e populares do Estado estão umbilicalmente ligadas a uma reforma tributária que coloque o Brasil na direção dos países que alcançaram sistemas tributários mais justos ao reduzir a tributação sobre o consumo e concentrá-la no patrimônio e na renda, de modo a viabilizar o financiamento de políticas públicas universais para toda a população brasileira nos campos da Saúde, Previdência Social, Educação e Habitação, entre outros.

125. Para isto é necessário: melhorar a distribuição das alíquotas do Imposto de Renda para pessoa física com faixas mais altas para os que muito ganham e o aumento da faixa de isenção para as classes trabalhadoras e setores das camadas médias; reduzir a tributação indireta sobre o consumo; aumentar a tributação sobre a acumulação de riqueza; aumentar o Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR dos grandes latifúndios; reduzir as taxas que incidem diretamente sobre o setor produtivo (Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI e Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS); acabar com a isenção dos lucros e dividendos e com a dedução dos juros sobre o capital próprio e aliviar a carga tributária dos trabalhadores com imposto progressivo.

## **ANEXO – O SUS no Município de São Paulo no Biênio 2013-2014**

A Secretaria Municipal da Saúde aplicou na Saúde em 2014 18,98% do total de impostos arrecadados pela Prefeitura de São Paulo, portanto, aplicou percentual acima do mínimo estabelecido na Constituição Federal e na legislação vigente.

A Rede de Atenção à Saúde municipal contava em março de 2015 com 979 estabelecimentos e serviços de saúde próprios da SMS, sendo 18 hospitais, 449 Unidades Básicas de Saúde – UBS, 42 serviços de atenção domiciliar, 07 Unidades de Referência em Saúde do Idoso – URSI, 04 Centros de Referência em Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde, 98 Assistência Médica Ambulatorial 12 horas – AMA, 29 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, 06 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST, 26 Unidades DST/AIDS, 82 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e

mais 65 outros equipamentos de Saúde Mental (Residências Terapêuticas, unidade de acolhimento e outros), 19 Centros Especializados em Reabilitação – CER, 13 Núcleos Integrados de Reabilitação – NIR, 05 Núcleos Integrados de Saúde Auditiva – NISA, 08 Rede Hora Certa – Hospital Dia, 16 Ambulatórios de Especialidades, 16 Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades – AMA-E, 19 AMA 24 horas, 16 Pronto-Socorro/Pronto Atendimento, 02 Unidades de Pronto Atendimento – UPA.

A atual gestão da Secretaria Municipal da Saúde, ao assumir em 1º de janeiro de 2013, defrontou-se com a referida fragmentação decorrente da atuação no território da municipalidade das redes assistenciais de dois entes federados – Secretaria de Estado da Saúde – SES-SP e Secretaria Municipal de Saúde – SMS – sem integração sistêmica, ao lado da fragmentação da própria Rede de Atenção à Saúde municipal consequente à privatização direta ou indireta da gestão de serviços e de cerca de metade da rede local.

Retomou-se a gestão pública da Rede de Atenção à Saúde municipal no sentido da valorização da administração pública e da introdução de controles adequados das entidades conveniadas e contratadas pela SMS.

Convênios e contratos de gestão envolviam 6 hospitais, 12 microrregiões (296 unidades de saúde), 5 contratos de diagnóstico por imagem (32 serviços), 8 contratos de Pronto Socorro Municipal e Pronto Atendimento (13 unidades) e 48 convênios assistenciais, o que demandou a preparação e abertura de 22 editais de chamamento público para reestruturação de convênios e contratos em 2014.

Foi introduzida no contrato de gestão sanções, aplicáveis quando do descumprimento de cláusulas contratuais, as quais não haviam sido previstas nos contratos anteriores.

Em relação a administração pública municipal – direta e indireta – da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo foram abertos concursos públicos em 2014, depois de anos sem tê-los, sendo que já foram 1.243 funcionários nomeados na rede básica e especializada e 4.357 contratados para a Autarquia Hospitalar Municipal – AHM, e assinado o protocolo de negociação entre a PMSP e as entidades representativas dos servidores da saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, na Mesa de Negociação da Saúde, em 13 de outubro de 2014, o que resultou na aprovação da Lei nº. 16.122, de 15 de janeiro de 2015.

Tal instrumento legal, que Dispõe sobre a criação do novo Quadro da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, institui o respectivo regime de remuneração por subsídio, altera o estatuto jurídico dos empregados públicos da Autarquia Hospitalar Municipal – AHM e do Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM e dá outras providências, objetivou:

a) harmonizar os salários praticados na administração direta e na indireta – Autarquia Hospitalar Municipal – AHM e o Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM;

b) iniciar processo de compatibilização dos salários praticados no mercado público de trabalho e no privado, especialmente em relação aos salários praticados pelas organizações sociais – OS;

c) incorporar gratificações: da saúde e prêmio de produtividade;

d) contemplar os aposentados.

A reestruturação organizacional da SMS e a elaboração de Instrumentos de Gestão do SUS – valorizando-se processos ascendentes e participativos –, foram fundamentais na retomada da gestão pública, destacando-se a aprovação unânime no Conselho Municipal de Saúde do Plano Municipal de Saúde de São Paulo – 2014-2017.

No esforço de qualificar e ampliar a prestação de serviços de atenção básica o número de equipes completas de ESF<sup>6</sup> aumentou de 1.095 (2012) para 1.306 em 2014, graças ao incremento de profissionais do Mais Médicos (248) e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB (29).

<sup>6</sup> O número total de equipes na Estratégia de Saúde da Família – ESF aumentou de 1.269 em 2012 para 1.306 em 2014.

No Programa Bolsa Família foram cadastradas 74% a mais do que o existente em 2012.

Merece destaque a organização das ações programáticas do Programa De Braços Abertos – DBA e a construção participativa do plano operativo da Política de Saúde Integral da População LGBTT. O Programa de Braços Abertos mostrou-se à sociedade como uma iniciativa exemplar para o enfrentamento da complexa questão da drogadição por meio da redução de danos. O Programa conta com a atuação integrada de várias equipes vinculadas a diversas Secretarias Municipais, como a de Saúde, Trabalho, Desenvolvimento e Empreendedorismo, Assistência e Desenvolvimento Social e Segurança.

Foi reativada a Medicina Tradicional, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde – MTHPIS com aumento de 11.000 consultas entre os anos de 2012 a 2014.

Quanto à Assistência Domiciliar o programa federal Melhor em Casa permitiu uma evolução quantitativa de 10 equipes em 2012 para 27 em 2014.

A Rede Hora Certa – Hospitais Dia são unidades ambulatoriais especializadas e resolutivas, com centros cirúrgicos dotados de profissionais e equipamentos para realizar procedimentos cirúrgicos. Esses equipamentos de saúde têm sido muito importantes na redução das filas dos procedimentos cirúrgicos, da fila de consultas especializadas e de exames de diagnose.

A Rede de Atenção Psicossocial, seguindo os rumos da reforma psiquiátrica, reduziu leitos em comunidades terapêuticas e em hospitais especializados psiquiátricos, investindo em requalificação de 5 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS II para CAPS III com ampliação de 50 leitos de hospitalidade noturna e inauguração de 2 CAPS Álcool e Droga – AD III.

Por sua vez foram ativados leitos de Saúde Mental em hospitais gerais e a unidade de internação UNAD – Unidade de Atendimento ao Dependente foi desativada sendo transformada em serviço de atendimento aberto. A licitação do projeto executivo para 30 CAPS foi concluída, existindo 17 terrenos já definidos, 8 com terreno em análise e 5 sem terreno definido.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi incrementada por meio dos incentivos federais decorrentes do Programa Viver sem Limites, sendo habilitados 15 NIR/NISA como Centros Especializados em Reabilitação – CER, a saber: 10 CER II com duas especialidades, 06 CER III com três especialidades e 03 CER IV com quatro especialidades.

Os CER IV de São Miguel Paulista e do Ipiranga foram inaugurados no final de 2014 e início de 2015, respectivamente, no interior de unidades de saúde próprias que foram inteiramente reformadas, funcionando com equipes de saúde da administração municipal direta.

As linhas de cuidado de hanseníase, hepatite viral e do sobrepeso obesidade foram construídas entre 2013 e 2014, sendo que o município conseguiu viabilizar 101 cirurgias bariátricas em 2014, número esse que era zero em 2012.

Quanto à Política de Saúde da Pessoa Idosa, na construção da linha de cuidado foi priorizada a Implantação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na atenção básica para definição do grau de fragilidade, qualificação da demanda e organização do atendimento, sendo criado um questionário para avaliação pela equipe multiprofissional de saúde e investimento na capacitação dos trabalhadores da saúde.

Está prevista a implantação de 08 Unidades de Referência em Saúde do Idoso – URSI, sendo que já foi definida a tipologia dessas unidades, estando hoje 02 com terrenos já definidos, 05 com terrenos em análise e 01 em busca de terreno.

Na Atenção à Saúde Bucal foram nomeados, após realização de concurso público, 200 cirurgiões-dentistas efetivos, feita Ata de Registro de Preços para confecção de 27.860 próteses e 4.000 aparelhos ortodônticos, inaugurados 03 novos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e elaborados Protocolos Clínicos de Atendimento para Câncer Bucal, Endodontia, Biossegurança em Saúde Bucal, dentre outros.

Quanto à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, foi concebida a Política Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, em 2013; investido na recuperação e adequação física dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST, equipamentos médicos e

eletrônicos, veículos automotores e insumos diversos. Implantou-se o Programa de Saúde do Agente de Controle de Zoonoses e Animais Sinantrópicos, bem como se reforçou a participação no Programa Municipal de Saúde Vocal e de Qualidade de Vida no Trabalho (SMS). Merece destaque a implementação das ações de Vigilância de Saúde do Trabalhador(a) no contexto de Campanha de Aumento da Notificação de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho.

Na Assistência Farmacêutica destacou-se a reformulação da diretriz clínica para uso de metilfenidato, a edição do Memento de Fitoterapia e a adequação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME. Com relação aos medicamentos homeopáticos esta gestão assumiu o compromisso com a população em agilizar a finalização, o mais breve possível, do processo que teve início em 2010.

Na Assistência Laboratorial houve grande investimento em informatização dos laboratórios próprios no sentido de qualificar a oferta de exames e, também, de agilizar os processos de análise para encurtar o tempo de realização dos exames por meio de contratação de sistemas pré-analíticos e pós-analíticos automatizados.

Os laboratórios de vigilância em saúde (Centro de Controle de Zoonoses – CCZ e Centro de Controle de Intoxicações – CCI) e de DST/AIDS (CR Penha e SAE Líder) foram informatizados e implantada a biologia molecular do HIV no Laboratório da Freguesia do Ó.

O laboratório do Centro de Controle de Intoxicações está sendo totalmente reformado.

No que diz respeito à atenção hospitalar, a SMS vem priorizando a recuperação e adequação de 10 hospitais municipais, 3 Pronto-Socorro/Pronto Atendimento e 2 Unidades de Pronto Atendimento – UPA, o que gerou a reativação de 230 leitos em 2013 e a ampliação de 78 em 2014.

Neste sentido, articulamos providências que contaram com a participação do Hospital Santo Antonio, UPA Santa Catarina e UPA Campo Limpo.

Quanto ao Hospital Sorocabana, o Município de São Paulo aguarda publicação de decreto de regulamentação, pelo governo do Estado, para se consumir a transferência do hospital para a municipalidade.

O Hospital Santa Marina está previsto para entrar em funcionamento em junho de 2015.

Quanto aos novos hospitais a serem construídos, a situação atual é a que se segue.

1. Hospital de Parelheiros (250 leitos): projeto e licitação da obra – concluídos, ordem assinada em dezembro de 2014 e previsão de começo das obras para início de 2015.

2. Hospital da Brasilândia (250 leitos): projeto e licitação da obra – concluídos e em programação o início da obra.

3. Alexandre Zaio (250 leitos): conclusão da licitação para o Projeto Executivo (RDC)\* e elaboração do projeto em andamento.

Em 2014 as seguintes ações foram implementadas para o controle da transmissão e da prevenção da dengue: nova campanha de comunicação – Parceria SECOM/PMSP; publicação da Portaria SMS nº. 2286 que tornou obrigatória a notificação imediata dos casos de dengue e chikungunya; criação de Comitês Regionais por Subprefeitura para o Controle da Dengue proposição apresentada pelo Conselho Municipal de Saúde de São Paulo; mapeamento das áreas de risco e reorganização das ações de campo conforme classificação de risco, implantação de nova metodologia de aplicação de larvicida biológico em pontos estratégicos e desenvolvimento de 800 kits educativos para uso dos agentes de zoonoses nas ações de prevenção da dengue junto à população.

A sensibilização das equipes de saúde, quer de agentes do setor público, quanto do setor privado, bem como a instalação oportuna de tendas para assistência à saúde e hidratação, quando da elevação do número de pacientes, foram determinantes para evitar perdas de vidas decorrentes da doença.

A questão dos suprimentos de medicamentos e materiais médico-hospitalares foi equacionada para corrigir grandes e crônicas distorções dos processos de trabalho sendo

realizado o mapeamento e redesenho desses, bem como do organograma da Área de Suprimentos da SMS.

Para tanto foram adotadas as medidas de criação de Sala de Situação de Suprimentos, elaboração de Lista Padronizada e Unificada – medicamentos, material médico-hospitalar, materiais odontológicos e de laboratório –, bem como a qualificação das bases de dados e implantação do Fluxo de Identificação de Processos.

Vale destacar que, no início de 2013, a Secretaria Municipal da Saúde recebeu as unidades e almoxarifados quase completamente desabastecidos e com as Atas de Registro de Preços da maioria dos itens já vencidas, o que ocasionou congestionamento nos processos licitatórios nos anos de 2013 e 2014.

Quanto à Tecnologia da Informação houve grande investimento na expansão do Sistema SIGA Saúde e a criação do Prontuário Eletrônico do Paciente para o registro completo dos atendimentos realizados contemplando todo o fluxo operacional do atendimento desde a entrada do paciente até a finalização da consulta pelo profissional. O prontuário encontra-se implantado em algumas unidades de saúde e assim que concluída a licitação para aquisição de computadores a implantação será estendida de forma ampla.

Residência Médica: ampliação de 205 vagas de R1 existentes em 2012 para 474 vagas em 2014; implantação da 8ª Comissão de Residência Médica – COREME para organização da residência médica em Rede.

Criação e implantação da Residência Multiprofissional em 2014, com 48 vagas: 13 enfermeiros, 07 assistentes sociais, 06 psicólogos, 06 fisioterapeutas, 06 cirurgiões-dentistas, 04 nutricionistas, 03 farmacêuticos, 02 fonoaudiólogos e 01 terapeuta ocupacional.

Repactuação e construção coletiva e ascendente nas áreas da Atenção Básica – Consultório na Rua e MTHPIS, Saúde da População Negra – e nas Redes e Linhas de Cuidado – Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede Cegonha – Saúde da Mulher, Rede de Urgência e Emergência, Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Saúde da Pessoa Idosa e Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Pontuamos ainda uma Política de Pessoas vivendo com Doenças Raras, iniciando-se pela pactuação entre a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e o Município.

Por fim, em documento anexo listamos a relação atualizada das unidades por Coordenadoria Regional de Saúde da SMS e a de reformas realizadas nas unidades de saúde nos anos de 2013, 2014 e 2015.

## REFERÊNCIAS

1. CAMPOS, GWS. Proposta para tornar o SUS uma utopia possível. Revista Ser Médico Nº 69, out/nov/dez., 2014. p. 24-27. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=FlipRevista&id=69#/26/>
2. CAMPOS, GWS. Regionalização é parte do caminho para fortalecimento do SUS: Para Atravessar o Círculo de Giz. In: Regionalização é o Caminho! Reflexões, diálogos e narrativas sobre as Regiões de Saúde no Estado de São Paulo. Caderno COSEMS/SP, Volume 4, 1ª edição, São Paulo, 2015. p. 59-66.
3. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE – CEBES. Tese para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, 2015.
4. COSEMS/SP. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo "Dr. Sebastião de Moraes". Carta de Campos do Jordão. Março de 2015.
5. MENEZES, RF; ZIONI, F. SUS sob novo ataque. Jornal da USP, São Paulo, 13 abril 2009, Ano XXIV, nº 863. p. 2 e p. 12-13.
6. MIRANDA, A. O desafio de construir a regionalização a partir de experiências próprias. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/o-desafio-de-construir-a-regionalizacao-a-partir-de->

*experiencias-proprias/*

7. ROLAND, J. *Mobilizar o povo para participar da 15ª Conferência Nacional de Saúde para o SUS Avançar.*

8. SANTOS, L. *SUS: A Região de Saúde é o Caminho.*

*Disponível*

*em: [www.idisa.org.br/img/File/regiao\\_de\\_saude\\_%C3%A9\\_o\\_caminho\\_22\\_1\\_2014.pdf](http://www.idisa.org.br/img/File/regiao_de_saude_%C3%A9_o_caminho_22_1_2014.pdf)*

9. SÃO PAULO (Município). *Secretaria Municipal de Saúde. Prestação de Contas, 25 de março de 2015. Câmara dos Vereadores de São Paulo.*

10. SÃO PAULO (Município). *Secretaria Municipal de Saúde. Boletim CEInfo Dados, 2014.*

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Propõe que essa reunião tenha continuidade na próxima semana, no dia 21/05, para encerramento da pauta pendente.

**Aprovada por aclamação.**

**Conste da Ata a Moção de Apoio proposta pelo conselheiro Éder na 3ª Reunião Plenária Extraordinária e aprovada neste Pleno.**

### **MOÇÃO DE APOIO AO GRUPO DE TRABALHO PARA CRIAÇÃO DE UM PLANO DE CARGOS E SALÁRIO UNIFICADO PARA AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS**

*O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, em sua 195ª Reunião Ordinária, realizada em 14 de maio de 2015, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei nº 12.546, de 07 de janeiro de 1998 e pelo Decreto no 53.990, de 13 de junho de 2013,*

**Considerando** os novos contratos de gestão assinados entre a gestão municipal de São Paulo e as organizações sociais, consolidando a terceirização da administração de unidades municipais pelos próximos cinco anos;

**Considerando** o déficit de profissionais de saúde nas unidades do SUS no município de São Paulo, principalmente nas áreas mais periféricas e carentes da cidade;

**Considerando** que, apesar da terceirização das unidades, a garantia de oferta de saúde à população é responsabilidade da gestão pública;

**Considerando** as diferenças salariais entre os trabalhadores das diferentes organizações sociais do município de São Paulo;

**Considerando** a alta rotatividade dos trabalhadores de saúde em unidades administradas pelas organizações sociais;

**Considerando** que a fixação de profissionais nas unidades proporciona a criação de vínculo entre os trabalhadores e a população, tornando o serviço de saúde mais efetivo;

**Considerando** que planos de cargos e salários que valorizem os trabalhadores em saúde mais qualificados e que trabalhem em unidades mais distantes e carentes promove a equidade, ofertando os melhores profissionais a quem mais precisa;

**Considerando** que sindicatos de profissionais da saúde negociam com o executivo municipal paulistano a construção de um Plano de Cargos e Salários Unificado para trabalhadores de

*Organizações Sociais contratadas pela Prefeitura Municipal de São Paulo, visando à uniformidade de vencimentos, gratificação de profissionais melhor qualificados, que trabalhem em unidades de regiões distantes e carentes, na Atenção Primária e serviços de Urgência e Emergência;*

**O Pleno do Conselho Municipal de Saúde vem a público apresentar a presente moção de apoio ao grupo de trabalho para criação de um Plano de Cargos e Salários Unificado para os trabalhadores das Organizações Sociais**

Reunião suspensa às 20h.

**CONTINUAÇÃO DA 195ª REUNIÃO PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**

**SÃO PAULO, 21/05/2015**

**Início: 14h**

**Término: 14h45**

**LISTA DE PRESENÇA**

**I – Conselheiros Presentes**

**Representantes da Sociedade Civil:**

NILTON SOUSA DOS REIS (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE LESTE  
JOSÉ DA GUIA PEREIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUDESTE  
JOSÉ LEONILSON DE QUEIROZ ALMEIDA (SUPLENTE) - REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUL  
MARIA JOSÉ DE SOUSA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE OESTE  
LOURDES MARIA DE QUEIROZ (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE OESTE  
JARQUELENE OLIVEIRA DO NASCIMENTO (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
ALEX APARECIDO LEITE DE ALBUQUERQUE (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
SHEILA VENTURA PEREIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
REGINA CELIA PEDROSA VIEIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
NADIR FRANCISCO DO AMARAL (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
GERSONITA PEREIRA DE SOUZA (TITULAR) – REPRESENTANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
EULÁLIA ALVES CORDEIRO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
FRANCISCO PEREIRA LIMA (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS CENTRAIS SINDICAIS

**Representantes dos Trabalhadores em Saúde:**

DEODATO RODRIGUES ALVES (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE  
WALNEY ARAÚJO DA SILVEIRA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS  
JASON GOMES RODRIGUES SANTOS (TITULAR) REPRESENTANTE CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM  
MARIA DE LOURDES PIUNTI (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM

**Representantes das Instituições Governamentais:**

MARIA JOSÉ R. RIBEIRO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PRESTADORES FILANTRÓPICOS

**Representantes do Poder Público:**

RICARDO FERNANDES DE MENEZES (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
GIANE SANT'ANA ALVES OLIVEIRA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
CÁSSIA LIBERATO MUNIZ RIBEIRO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
DENIZE CALVO COSTA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
MAGALY EZEQUIEL (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

**II – Justificativas de ausência:**

JOSÉ DE FILIPPI JR. (TITULAR) – PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE  
MARIA ADENILDA MASTELARO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE LESTE  
JOSÉ AUGUSTO QUEIROZ (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS SINDICATOS PATRONAIS  
MARIA LÚCIA VIEIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS  
ANA ROSA GARCIA DA COSTA (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS  
GRAÇA MARIA DE CARVALHO CÂMARA (TITULAR) – REPRESENTANTE CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM

**III – Ausentes:**

ANA MARIA FERREIRA QUAIATO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUDESTE  
PAULO DE TARSO W. FRANGETTO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE CENTRO  
MARCIONÍLIA NUNES DE LIMA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE CENTRO  
MARIA DE LOURDES M. SANTOS SILVA (TITULAR) - REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUL  
MAURÍCIO SILVA LIMA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NORTE  
ARNALDO MARCOLINO DA SILVA FILHO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NORTE  
MANOEL COSTA FILHO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
IDECLÉIA GENEROSO DA SILVA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
CRISTINA HATSUE YOSHIKAWA LEITE ARAÚJO (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
ARLETE PESCAROLO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
MARTA ANTONIA SOARES (SUPLENTE) - REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
PAULO MARTINS MOREIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
AUGUSTA DE MELO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
VITA AGUIAR DE OLIVEIRA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
PAULO HENRIQUE FRACCARO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS SINDICATOS PATRONAIS  
ROSILANIA CORREIA LIMA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS CENTRAIS SINDICAIS  
ÉDER GATTI FERNANDES (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE  
ANUSKA PINTUCCI SALES SALES DA CRUZ SCHNEIDER (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE  
MARÍLIA DAPENA FERNANDEZ (SUPLENTE) - REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE  
MARIA APARECIDA FRANCELINA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS  
DURVAL RODRIGUES (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM

GRAÇA MARIA DE CARVALHO CÂMARA (TITULAR) – REPRESENTANTE CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM

MARIA DE LOURDES PIUNTI (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM

IRAMIR BASTOS GOMES (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ASSOCIAÇÕES DE PROFISSIONAIS LIBERAIS

CASSIA XAVIER (TITULAR) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PRIVADA

PEDRO FELIX VIDAL JUNIOR (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PRIVADA

ERIK OSWALDO VON EYE (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PRESTADOR LUCRATIVO

PATRÍCIA RODRIGUES MOLINA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PRESTADOR LUCRATIVO

RENATO NOGUEIRA DOS SANTOS (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS PRESTADORES FILANTRÓPICOS

CÁSSIO ROGÉRIO DIAS LEMOS FIGUEIREDO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

JOSÉ OLÍMPIO MOURA ALBUQUERQUE (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

FRANCISCO ERNANE RAMALHO GOMES (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

#### **IV – Visitantes:**

Conforme Lista

#### **PAUTA**

##### **Ordem do Dia**

#### **Resolução da eleição/indicação do Conselho Municipal de Saúde fora da 18ª Conferência Municipal de Saúde**

##### **Deliberações**

**1-Aprovar a realização de Reunião Plenária Extraordinária para o dia 29/05, no Hospital Municipal da Cidade Tiradentes**

##### **2-Moção de Repúdio contra o Projeto de Lei 4330/04**

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Solicita ao Secretário Geral do Conselho a verificação de quórum e diz que precisa ser aprovada no dia de hoje a resolução da eleição/indicação do Conselho Municipal de Saúde fora da 18ª Conferência Municipal de Saúde.

**O Secretário Geral do Conselho:** Realiza chamada nominal. No momento há quinze conselheiros. Não há quórum.

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Informa que ainda faltam duas pessoas. A conselheira Denize foi chamar a conselheira Cássia e as conselheiras Regina e Arlete foram comprar lanches para o Pleno. Diz que a pauta de hoje é apenas a continuação da outra reunião. Pensa que a reunião ordinária deva ser discutida no próximo pleno. Acha que a data deve ser alterada. Entende que é necessária a aprovação da reunião na Cidade Tiradentes, mas que no dia 29 é impossível. Precisa fazer reunião combinada com o conselho gestor de lá. Proposta é discutir a realização da reunião e aprovar sem a data.

**O Conselheiro Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Leste:** Acha que a reunião tem que ser feita dentro da reunião ordinária do Conselho Gestor do Hospital.

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Por isso propõe uma discussão antes de agendar qualquer data. Constata a chegada de alguns conselheiros e considera aberta a reunião.

### **Resolução da eleição/indicação do Conselho Municipal de Saúde fora da 18ª Conferência Municipal de Saúde**

**O Conselheiro Suplente representante das Entidades Sindicais Gerais:** Gostaria de solicitar inclusão de pauta.

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Esclarece que essa é uma continuação da 195ª reunião ordinária e que não cabe inclusão de pauta. Não pode inserir mais nada, pois tudo foi inserido na última reunião.

**O Conselheiro Suplente representante das Entidades Sindicais Gerais:** Sente-se esclarecido, mas quer em algum momento fazer sua ponderação.

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Pergunta se todos estão esclarecidos quanto ao processo de eleição/indicação do Conselho Municipal de Saúde fora da 18ª Conferência Municipal de Saúde e coloca em regime de votação nominal a proposta de resolução.

**Aprovam – 17 votos**

**Contra – 0**

**Abstenções – 0**

**Aprovada a resolução da eleição/indicação do Conselho Municipal de Saúde fora da 18ª Conferência Municipal de Saúde. Texto será encaminhado posteriormente.**

**O Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Solicita que seja feita a lista de presença da reunião.

**O Secretário Geral do Conselho:** Informa que é uma continuidade da última reunião e que não há a necessidade de nova lista.

**O Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Reitera a solicitação e diz que pode constar na lista que essa é a continuidade da reunião.

**O Secretário Geral do Conselho:** Providenciará.

### **1-Aprovar a realização de Reunião Plenária Extraordinária para o dia 29/05, no Hospital Municipal da Cidade Tiradentes**

**O Conselheiro Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Leste:** Diz que o nome correto do hospital é Hospital Municipal Carmem Prudente – Cidade Tiradentes

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** A sugestão é que o pleno aprove a realização de plenária extraordinária na Cidade Tiradentes, porém sem data. Fala que hoje é dia 21 e que é necessário fazer conversa antes com o Conselho Gestor do Hospital. A idéia dessa pauta surgiu da reunião com o Ministério Público, devido às

diversas denúncias ao hospital. Pergunta se todos concordam com a proposta que é a aprovação da reunião e posteriormente a definição da data.

**O Conselheiro Suplente representante das Entidades Sindicais Gerais:** Pergunta se tem alguma data indicativa.

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Reitera a questão de que o assunto ainda não foi discutido com o conselho gestor local e que poderão fazê-lo, conforme a sugestão do conselheiro Nilton, numa reunião ordinária do Conselho Gestor do Hospital.

**O Conselheiro Titular representante das Centrais Sindicais:** Solicita que não seja no dia 29, em virtude das Centrais Sindicais estarem organizando diversas paralisações para essa data, por conta do PL 4330/04.

**O Conselheiro Titular representante dos Conselhos de Atividade Função FIM:** Entende que a proposta é aprovar a reunião na Cidade Tiradentes e em outro momento se tira uma data.

**O Conselheiro Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Leste:** Propõe que a data seja 19/06, data da reunião do Conselho Gestor do hospital. Acha que não amarrar uma data, que a questão ficará solta.

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Diz que a questão não pode ser amarrada sem a conversa com aquele conselho. Coloca em regime de votação a aprovação.

**Aprovado por aclamação.**

## **2-Moção de Repúdio contra o Projeto de Lei 4330/04**

**A Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários e Coordenadora da Comissão Executiva:** Pergunta se todos estão esclarecidos sobre o tema. O tema foi minimamente discutido. Preparados para votar a Moção de Repúdio? Coloca em regime de votação nominal a aprovação.

**Aprovam – 15 votos**

**Contra – 1**

**Abstenções – 1**

**Aprovada a Moção de Repúdio ao PL 4330/04.**

### **MOÇÃO DE REPÚDIO AO PROJETO DE LEI Nº 4330/04**

*O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, em sua 195ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de maio de 2015, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei nº 12.546, de 07 de janeiro de 1998 e pelo Decreto no 53.990, de 13 de junho de 2013,*

**Considerando** que os trabalhadores e trabalhadoras brasileiros durante mais de um século de existência do País não contaram com direitos trabalhistas;

**Considerando** que os direitos conquistados pelos trabalhadores e trabalhadoras foram fruto de décadas de lutas sociais;

**Considerando** que o Projeto de Lei nº 4330/04, que dispõe sobre os contratos de terceirização e as relações de trabalho deles decorrentes, representa a retirada de direitos dos trabalhadores e trabalhadoras conquistados há décadas;

**Considerando** que o Projeto de Lei nº 4330/04, a pretexto de regulamentar a terceirização de atividades-meio, estende a terceirização às atividades-fim, ou seja, à totalidade do mundo do trabalho;;

**Considerando** que retirar os direitos dos trabalhadores e trabalhadoras e desarticular os seus sindicatos é socialmente destrutivo,

**RESOLVE**

1 – Aprovar Moção de Repúdio ao Projeto de Lei nº 4330/04;

2 – Conclamar a população a acompanhar o andamento da discussão do Projeto de Lei nº 4330/04 no Congresso Nacional;

3 – Conclamar os Senadores e Deputados Federais a votarem contra o Projeto de Lei nº 4330/04.

Conselho Municipal de Saúde de São Paulo.

**Reunião encerrada.**