

Seminário sobre
Saúde e Seguridade Social

RELATÓRIO

CSSF - CD

08 e 09 de maio de 2007

Apresentação

A saúde alcançou estatuto de direito de cidadania na Constituição de 1988. Tal ordenamento jurídico-legal rompeu com acepções pretéritas, segundo as quais a assistência à saúde ou derivaria diretamente da inserção no mercado de trabalho ou resultaria de ações de cunho caritativo ou ainda de intervenções de saúde pública direcionadas a agravos ou grupos populacionais específicos. A elevação da saúde à condição de direito social, resultou de um consenso sobre a necessidade de compatibilizar o desenvolvimento e o crescimento econômico com o bem estar social. Os avanços de inclusão social decorrentes da universalização do direito à saúde, da aposentadoria rural e dos benefícios de prestação continuada são amplamente reconhecidos. Contudo, ainda não logramos que os preceitos constitucionais referentes à organização de um sistema articulado de Seguridade Social lastreado em um orçamento com fontes e destinos definidos fossem efetivados. Desde os anos 90 assiste-se um intenso debate entre as áreas de políticas sociais e as áreas das políticas econômicas de ajuste macroeconômico. As tensões resultantes do sub-financiamento dos programas e ações sociais e das constantes alegações sobre a inocuidade ou ineficiência das atividades públicas voltadas à proteção social concentraram-se, no plano mais geral, em torno da necessidade de revisão da Desvinculação das Receitas da União e do cumprimento do orçamento da Seguridade Social. Em relação à saúde postula-se a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29.

Considerando, o vasto acervo de conhecimentos e as proposições para a retomada, atualização e viabilização dos preceitos constitucionais de Seguridade Social, a Comissão de Seguridade Social e Família propôs-se a realizar o Seminário sobre Saúde e Seguridade Social, em conjunto com a Frente Parlamentar da Saúde, nos dias 08 e 09 de maio de 2007 (3ª e 4ª feiras), no Auditório Nereu Ramos da Câmara dos Deputados e com o apoio do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (Cebes, Abrasco, Ampasa, Abres e Rede Unida) para sistematizar uma agenda comum de trabalho, tendo como objetivos e termos de referência os seguintes pressupostos:

1) Retomar e viabilizar os postulados constitucionais da Saúde e da Seguridade Social;

- 2) Formular propostas para reafirmar os preceitos constitucionais da Seguridade Social junto à sociedade brasileira;*
- 3) Contribuir para a mobilização conjunta entre as entidades da sociedade e o Congresso Nacional, para superar os entraves atuais à efetivação da Seguridade Social;*
- 4) Reunir entidades da sociedade civil, instituições de ensino e pesquisa, órgãos governamentais e parlamentares que atuam nas áreas de Saúde, Previdência e Assistência Social;*
- 5) Sistematizar e divulgar informações sobre o impacto do não cumprimento dos preceitos constitucionais da Seguridade Social e das diretrizes do Orçamento da Seguridade Social no financiamento da Saúde;*
- 6) Avançar na Campanha Nacional para a aprovação da Regulamentação da Emenda Constitucional 29 e afirmação da Saúde como Seguridade Social.*

Termos de Referência:

- 1) O desenvolvimento da Previdência Social no Brasil: da Lei Eloi Chaves (1.923) à lei Orgânica da Previdência Social (1.960) e ao Cap. da Ordem Social da CF/1.988.*
- 2) Os preceitos Constitucionais da Seguridade Social e do Orçamento da Seguridade Social: seu significado e o das alterações Constitucionais e infra-Constitucionais posteriores – as finalidades dos impostos e das contribuições sociais, a questão do déficit ou superávit previdenciário. A polêmica do financiamento do PAC com recursos do FGTS.*
- 3) A construção da parceria e sinergismo Previdência Social, Assistência Social e Saúde. A macroeconomia, a macro política e as políticas sociais. A sociedade civil organizada e a construção compartilhada das políticas públicas.*
- 4) O desenvolvimento do SUS: o sub-financiamento e a precarização das relações e gestão do trabalho enquanto condicionantes estruturais da implementação dos princípios Constitucionais da Universalidade com Integralidade e Equidade e da estruturação dos novos modelos de atenção e gestão na saúde.*

Razões dos Métodos Utilizados para elaboração deste Relatório

Foram acompanhadas e anotadas as palestras e debates por três consultores legislativos da Câmara de Deputados experientes nas Temáticas tratados no Seminário: Fábio de Barros Correia Gomes (Saúde), Luciana da Silva Teixeira (Economia) e Walter Simões Filho (Previdência Social)

As fitas gravadas foram escutadas e transcritas pelos mesmos consultores completando o relato com a totalidade das abordagens das palestras e debates, cujas transcrições digitadas encontram-se à disposição para consultas e checagens na Comissão de Seguridade Social e Família/CSSF da Câmara dos Deputados.

Em reunião com os consultores legislativos e técnicos da CSSF e da Frente Parlamentar da Saúde/FPS, diante do grande volume do material digitado, foi acordada a necessidade de haver uma consolidação dos relatos que não um mero resumo com juízo de valor sobre o quê seria principal ou não, mas sim apoiado em quatro critérios:

- 1 – enxugar somente as duplicações e redundâncias que nem acrescentam nem enfatizam os aspectos expostos,*
- 2 – consolidar as abordagens em três conjuntos da organização de cada painel: o dos palestrantes convidados, o dos debatedores convidados e o dos debates abertos,*
- 3 – manter em todas as consolidações, as informações, conceitos e reflexões tal qual foram expostos pelos palestrantes e debatedores, e*
- 4 – utilizar em cada consolidado, para agregar e dar seqüência às abordagens expostas, os tópicos formulados e divulgados antecipadamente pelos promotores do Seminário, que constam nos seis objetivos e nos quatro termos de referência.*

Aplicando esses critérios, o relatório consolidado de cada painel perdeu o caráter de ata com seqüência individual das abordagens, e ganhou o caráter seqüencial dos próprios objetivos do evento, portanto, de produção coletiva,

revelando altíssima qualidade, abrangência e pedagogia perante temas usualmente complexos e herméticos, desmistificando-os. Sem exagero, verdadeira cartilha de Seguridade Social e Saúde.

É de se destacar, por final, o elevado nível teórico, técnico, ético e político dos palestrantes e debatedores, o quê qualificou a competência dos consultores legislativos Fábio de Barros Correia Gomes, Luciana da Silva Teixeira e Walter Simões Filho, e do consultor convidado Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, sem o quê as transcrições não possibilitariam a elaboração deste relatório consolidado.

Seminário Sobre Saúde e Seguridade Social

Relatório

1º Painel: (08 de maio - 9:30 às 12:30h)

“Seguridade Social: Complementariedade e Tensões Entre Economia e Proteção Social”

Coordenador: Deputado Rafael Guerra

Palestrantes Convidadas: Sônia Fleury - Presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/CEBES e Rosa Maria Marques - Professora de Economia da PUC/SP

Debatedores Convidados: Francisco Batista Júnior - Presidente do Conselho Nacional de Saúde/CNS e Simone Albuquerque - Vice-Presidente do Conselho Nacional de Assistência Social/CNAS

Debate Aberto: Elias Jorge, Adriano Lima, Dep. Darcísio Perondi, Rosane Biquilli, Dep. Rafael Guerra, Prof. Rosa Marques, Dep. Alcení Guerra, Dep. Saraiva Felipe e Prof. Sônia Fleury

Ao abrir o Seminário, o Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família/CSSF, Deputado Jorge Tadeu Mudalen destacou a relevância do bem estar social e da rede de proteção social, e em nome dos colegas membros da CSSF e seus eleitores, a defesa da política de Seguridade Social e da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29). Ao abrir os trabalhos do 1º Painel, o coordenador da mesa, Deputado Rafael Guerra destacou a necessidade de resgatar o sonho dos constituintes, a Seguridade Social, e a imprescindibilidade da luta conjunta da Saúde, Previdência Social e Assistência Social, em sua defesa.

As palestrantes convidadas destacaram que:

a) → A promulgação da Constituição/88 resultou ganhos na área das políticas sociais entre os quais: difusão de conhecimentos da área social com surgimento de reconhecido quadro de especialistas nesse campo, criação do campo do Direito Sanitário na abrangência do republicanismo cívico, a consolidação da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos

Deputados como espaço canalizador das demandas da sociedade, a marcante descentralização, avançando o federalismo pactuado e gerando reconhecido quadro de gestores descentralizados, e articulação Estado - Sociedade Civil por meio de Conselhos e Conferências com representações paritárias dos usuários.

b) → *Temos Democracia eleitoral, mas continuamos lutando por uma Democracia que assuma o combate à pobreza, desigualdade e injustiça social enquanto direito de cidadania. Não temos ainda união nacional da sociedade em torno de políticas públicas de direitos.*

c) → *A partir dos anos 80 e piorando nos anos 90, a política econômica tornou-se incompatível com as políticas sociais, incluindo a Seguridade Social: o capital financeiro sobrepôs o capital produtivo, nossas exportações estão perdendo valor agregado, reprimarizando e fornecendo matérias primas para países desenvolvidos e emergentes, a China entre outros.*

d) → *No contexto de alta competitividade os direitos sociais são vistos e tratados como meros custos, apesar que expressiva parte do mercado interno de consumo vem dos benefícios previdenciários.*

e) → *Criou-se o “Estado mínimo”, acabaram-se as carreiras no setor público e reduziram-se os investimentos públicos na infra-estrutura do desenvolvimento, em nome de que as atividades não estatais são melhores, e por outro lado criou-se o “Estado máximo” em relação à acumulação/especulação financeira, com sistema perverso de juros e câmbio, acabando por tornar a política social, financiadora da política econômica.*

f) → *Sob a lógica da política econômica, a diversificação das fontes do orçamento da Seguridade Social foi substituída pela especialização de fontes, o Conselho Nacional da Seguridade Social foi extinto e mais recentemente o PAC não contemplou a área social, isto é, a Seguridade Social foi sabotada.*

g) → *Os esforços pelo reconhecimento e realização dos direitos à saúde, previdência social e assistência social empreendidos isoladamente por cada setor, na prática tem resultados precários. Na previdência social, a desvinculação entre os valores das contribuições e dos benefícios; na assistência social, a substituição do assistencialismo benemerente pelo direito eqüitativo de toda a população à proteção social, e na saúde, a regulamentação da EC-29, a efetivação da Atenção Básica resolutiva e porta*

de entrada no sistema, o controle dos serviços inclusive os hospitalares pelo desempenho, eficiência e resultados, não mais pelos orçamentos históricos, e a incorporação da produção de insumos, ciência e tecnologia de saúde em estratégia industrial voltada para autonomia nacional e suporte ao SUS.

h) → É imprescindível reconstruir unidade política na luta pela recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social, criação da Conferência Nacional da Seguridade Social, resgate do Orçamento da Seguridade Social, pelo avanço da consciência coletiva dos direitos sociais e pelo esclarecimento do que representam os conselheiros e delegados: o usuário cidadão ou grupos, segmentos e sindicalismo de interesses corporativos.

i) → O grande desafio é lutar pela Seguridade Social mesmo que na contramão da história recente.

A seguir, os debatedores convidados destacaram que:

a) → É necessário efetivar a implementação da Seguridade Social e a mobilização social para superar os gargalos na saúde, previdência social e assistência social.

b) → A Seguridade Social ainda não conseguiu sair do texto Constitucional nem dar andamento ao consenso construído em 1987/1988 sobre os riscos sociais e pessoais, e a responsabilidade da Seguridade Social para qualquer pessoa e classe em situação de risco.

c) → O desejado equilíbrio e complementaridade entre os serviços universalizados e os benefícios previdenciários, está longe de ser realizado, cuja inacessibilidade aos serviços é causa maior, comparada ao baixo valor dos benefícios. Por exemplo, os idosos cujos benefícios substituem os serviços e medicamentos inacessíveis, ao buscar no mercado as soluções, quando não transferem para o sustento familiar.

d) → Em relação à regulamentação da EC-29, foi questionada a validade de se conseguir melhor financiamento sem conseguir mudar o modelo de atenção à saúde e deter os desvios dos recursos para outros interesses que não as necessidades e prioridades da população.

No debate aberto foi destacado que:

a) → Mesmo não sendo a EC-29 uma panacéia, nem a sua regulamentação livre de falhas, o substitutivo “Guilherme Menezes” é a proposta mais completa e comprometida com a recuperação dos princípios do SUS, e cuja mobilização para a aprovação pode e deve ser ampliada para a defesa da Seguridade Social.

b) → A partir da aprovação da regulamentação, surgirá o desafio de estar vigilante para que a área econômica não crie artifícios para retirar recursos como já fez várias vezes, como a substituição de outras fontes de financiamento do SUS após a aprovação da CPMF em 1996.

c) → É fundamental ser conseguido crescimento dos benefícios não contributivos, considerando-se a queda de 50% para 25% na participação da massa salarial no PIB nas últimas décadas, e a inexistência de contribuições eqüitativas e solidárias geradas pelos setores empresariais e financeiros mais lucrativos.

d) → Na regulamentação da EC-29, sejam reconhecidos os limites dos Estados e Municípios, já obrigados a destinar respectivamente 12% e 15% dos impostos ao SUS. É fundamental a esfera federal reverter a retração histórica da sua contrapartida.

Ao encerrar o 1º painel, o coordenador Deputado Rafael Guerra lembrando a exposição das palestrantes de que a Seguridade Social não vem sendo assumida como investimentos e sim como custos, destacou que é pior: seus gastos vêm sendo contabilizados pela política econômica como prejuízos. Destacou ainda a grande importância na regulamentação, da definição do que são serviços de saúde financiados pelos orçamentos do SUS, para evitar burla com “contrabandos”, de outros setores como vem ocorrendo.

Vários Deputados participaram no 1º painel intercalando com outras atividades parlamentares, ficando ressaltadas, além das intervenções do presidente da CSSF e do coordenador, as intervenções dos Deputados Alcení Guerra, Darcísio Perondi e Saraiva Felipe.

2º Painel: (08 de maio - 14:00 às 17:30h)

**“Universalidade, Intersectorialidade e Eqüidade: desafios para a
Seguridade Social”**

Coordenador: Deputado Pepe Vargas

Palestrantes convidados: Dr. Gastão Wagner - Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Dr. Gilson de Carvalho - Médico Pediatra e Dr. em Saúde Pública pela FSP/USP e Dr. José Cechin - Superintendente Executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar / IESS

Debatedores convidados: Dr. José Veloso Souto Júnior - Presidente do COSEMS/MG, representando o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, Dr. Osmar Terra - Presidente do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde/CONASS, Dr. José Carvalho de Noronha - Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, e Maria do Socorro de Souza - da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura/Contag (Conselheira Nacional da Saúde)

Debate Aberto: Dep. Darcisio Perondi, Prof. Elias Jorge, Dep. Rafael Guerra, Prof. Armando Raggio, Dep. Pepe Vargas, José Cechin, Dr. Gilson Carvalho, Cns. Socorro Souza e Dr. José Veloso.

Os palestrantes convidados destacaram que:

a) → As relações e convivências entre as pessoas e segmentos da sociedade brasileira vêm se desgastando há vários anos e vivemos hoje a crise de sociabilidade. O padrão da distribuição de riqueza e pobreza está insuportável para a grande maioria da população: aproximadamente vinte mil famílias de credores/rentistas da dívida pública nacional apropriam-se anualmente de 75% dos juros de R\$ 165 bilhões, em uma sociedade onde os 1% mais ricos apropriam-se de 13% do PIB, ficando para os 50% mais pobres 14%, e onde a renda mensal domiciliar média é de R\$ 1.541,00 para os 10% mais ricos, e de R\$ 31,00 para os 10% mais pobres. Verdadeira guerra civil com alta mortalidade de jovens, a AIDS disseminando-se mais em mulheres jovens, pobres e negras; a falência da Educação Pública que precisaria de R\$ 60 a 70 bilhões anuais para aumentar o número de professores, dobrar o salário atual e escolas que além das matérias tradicionais e profissionalizantes, ensinem e promovam a sociabilidade, a convivência, a arte e o esporte; a degradação

urbana que requer uma reurbanização do lazer, da cultura do esporte e da moradia cujo déficit atual é de 6,7 milhões de habitações; da implantação do Sistema Único de Segurança Pública efetivando a inteligência, as ações preventivas, dobrando os salários e capacitando para ações pacíficas de proteção e segurança, e por final a implementação de todos os princípios e diretrizes legais do SUS, que na maior parte pouco saíram do papel.

b) → Seguindo o título deste painel, a Universalidade corre risco com propostas ainda vigentes de excluir do SUS a classe média e a elite ou consumidores de planos privados; a Intersetorialidade corre risco com a responsabilização ainda vigente de somente os serviços de saúde pela saúde da população; e a Equidade corre risco com a concepção ainda vigente de que a precedência da oferta de serviços é para os pobres, quando na verdade é para quem deles mais necessita, seja qual for o estrato social, isto é, a precedência não é da pobreza em si, mas das necessidades, que obviamente aumentam com o aumento da pobreza. A Equidade também corre risco quando em seu nome transfere-se recursos imprescindíveis de regiões mais desenvolvidas para as menos desenvolvidas, ou recursos também imprescindíveis dos serviços de média e alta complexidade para os da atenção básica, com estratégia velada e perversa de “nivelar por baixo”, já que há comprovada repressão de demanda por serviços de média e alta complexidade em todas as regiões, e que há constatação de que somente recursos adicionais para investimentos estratégicos e custeio, em volume de impacto, e priorizados para os serviços da atenção básica, poderão construir a Equidade na direção de “nivelar por cima”.

c) → Pelo menos quatro metas prioritárias desafiam o SUS desde sempre: a) levar atenção básica de qualidade a mais de 80% da população, dobrando o número de equipes de saúde de família com carreiras públicas e estímulos profissionais, b) elevar a qualidade dos hospitais, integrá-los na rede de serviços de saúde da região, substituir seu financiamento automático ou por compra de serviços, por contrato de tarefas, metas e gestão, c) avançar ações de promoção da saúde em articulação com outros setores sociais – caso das bebidas alcoólicas, da altíssima mortalidade materna e aborto, do saneamento básico com 25% da população sem água tratada e 40% sem esgoto, da alimentação com 50 milhões de pessoas com algum déficit alimentar e outros,

e d) regulamentar o uso da ciência, tecnologias, medicamentos, equipamentos e outros insumos, em função das necessidades e direitos da população cidadã.

d) → Os recursos públicos para os investimentos referidos existem, sem promover “gastança”, e sim com a consciência e mobilização do conjunto da sociedade voltados para recuperar a sociabilidade desgastada ou perdida, e os valores da solidariedade e dos direitos sócias. Esta recuperação deve passar pelo reconhecimento de que a elite e a classe média atemorizada fragilizaram ou perderam contato com a maior parte da população, cedendo lugar ao desrespeito às pessoas e seus direitos. Para a saúde são imprescindíveis, para começar, R\$10 a 12 milhões anuais adicionais (nosso país encontra-se no último bloco de 7 blocos de países classificados pela Organização Mundial de Saúde/OMS, segundo seus gastos com saúde).

e) → O equacionamento e realização destas metas prioritárias passam por embates atuais como: a) retração da receita federal da seguridade social de 20% com a DRU, e do financiamento do SUS com a postergação da regulamentação da EC-29; b) execução pelos orçamentos da saúde de gastos que não da saúde (“caronas”), como o bolsa-família, a farmácia popular, saúde dos servidores, saneamento, merenda escolar e outros; c) co-pagamento dos serviços pelos usuários, iniciado pela farmácia popular que pode ser precedente para outros serviços; d) renúncia fiscal para planos privados e para entidades filantrópicas de elite; e) precarização dos contratos de trabalho: terceirizações, informalizações, código 07, etc.; f) manipulação mercantil do “tudo para todos”, incluindo no “tudo” altos índices de ações diagnósticas e terapêuticas desnecessárias, iníquas, medicalizantes, quando não iatrogênicas; e g) simples descumprimento da legislação do financiamento.

f) → As ações políticas da sociedade ao se fortalecerem e levarem o Estado a interferir na dinâmica econômica da atual lógica do mercado, com o objetivo de transferir do excedente econômico a parte necessária e suficiente às políticas públicas de proteção social, não deverão parar aí. Este processo implica a conquista e construção de uma gestão pública de qualidade e potência, capaz de impedir a reapropriação dos recursos públicos por interesses privados corporativos, empresariais, e da corrupção, inclusive a influência político-partidária nas direções públicas de setores e instituições essenciais como

Educação e Saúde, que devem ser assumidas por quadros técnicos de carreira.

g) → Estamos ainda com baixa capacidade de produzir intervenções sociais e políticas que levem a um projeto nacional de desenvolvimento econômico sustentável, redistribuidor de renda, gerador de empregos e realizador de políticas sociais, cuja implementação substituirá o projeto hegemônico de crescimento econômico concentrador, que espontaneamente levaria à distribuição de renda e realização dos direitos sociais. Os atuais projetos redistributivos: a Previdência Social (o mais potente, que cobre com benefícios os contribuintes “superavitários” e os “deficitários”), o SUS e o Bolsa-Família, não conseguem por si, impedir o agravamento das desigualdades, injustiças, sofrimentos e tensão cada vez menos suportáveis para a maioria da população.

h) → O desenvolvimento da Seguridade Social e do seu financiamento pelas contribuições sociais (sobre a folha salarial-INSS, sobre o faturamento – COFIN, sobre o lucro líquido – CSLL, sobre transações financeiras – CPMF e outras) e pelas contribuições fiscais (impostos das três esferas de Governo), é entendido sob a ótica dos objetivos Constitucionais socialmente pactuados nos anos 80 como a Universalidade, a Diversidade da Base do Financiamento e outros, e também quanto a participação democrática no estabelecimento dos critérios e prioridades da expansão dos benefícios previdenciários, dos serviços de atenção integral e equitativa à saúde e das ações de assistência social, inclusive as transferências diretas de renda. Os gráficos e tabelas apresentados para acompanhamento desse desenvolvimento revelam que o grande crescimento das despesas foi “puxado” pelos benefícios e neles, os destinados à população de idosos que é a que mais cresce na sociedade, e também pelos beneficiários “deficitários” cujo valor de contribuição é menor que o dos benefícios, que é imperativo do caráter redistributivo da Seguridade Social. Revelam também o grande crescimento das receitas, “puxado” pelo COFIN, secundada pela CPMF, que vem sendo superavitário em relação às despesas.

i) → Os gráficos e tabelas apresentados revelam ainda que o balanço superavitário passa a deficitário com a retirada pela DRU (R\$34 bilhões em 2006), e que mesmo integrando a DRU, a tendência do superávit é de

encolhimento (R\$18 bilhões em 2005 e R\$ 5 bilhões em 2006). Como a previsão do encolhimento iniciou-se desde o início dos anos 90, três questões foram apresentadas com análises e interpretações controversas na sociedade e no governo: a) a previsão do superávit previdenciário zerar em 1995 levou à exclusão, em 1993, da fonte previdenciária de participar no financiamento do SUS, quebrando-o; neste caso, a análise do balanço foi restrita à Previdência e não à Seguridade Social; b) Nas despesas a União, dos anos 90 e até 2006, crescem proporcionalmente os benefícios previdenciários (INSS) e os juros/encargos da dívida pública (estes mais intensamente), e decrescem proporcionalmente a folha/encargos, as despesas correntes e os investimentos, o que expõe os valores e critérios “de Estado”, do que são as despesas pétreas intocáveis, as comprimíveis e as “margens de manobras pelos Governos em situação fiscal complicada”; e c) Nos países desenvolvidos e vários emergentes (32 países integrantes da OCDE) foi constatada, nas últimas décadas, significativa elevação das % do PIB com os gastos de saúde, quase todos puxados pelo financiamento público (exceções: USA, México, Brasil e Coréia). Em nosso país, a retração da contrapartida federal estabilizou o financiamento do SUS de 1995 a 2006 de 1,9% a 1,7% do PIB, enquanto a Assistência Social/Bolsa-Família passou de 0,1% a 0,7% e o INSS de 4,7% a 7,2% no mesmo período, daí que, “com a atual margem de manobra, deteriora-se os serviços que têm que prestar”, segundo o expositor.

j) → A grande controvérsia está entre as visões/interpretações: a) o Estado deve financiar, prover, realizar e regular os serviços referentes aos direitos de cidadania à saúde, previdência e assistência social, universalmente e a partir de um “mínimo” vinculado a esses direitos e definido com ampla e decisiva participação da sociedade perante o Estado; b) os indivíduos na sociedade devem ser mais responsabilizados pela sua própria cidadania, fugir da tutela do cidadão pelo Estado, consumir no mercado seus planos privados de previdência, de saúde e outros, e o “mínimo” deve ser definido somente em função da população fora do mercado de consumo de bens e serviços de saúde, incluindo os planos privados de previdência e saúde, cujos benefícios dependem das contribuições, subordinados ao cálculo atuarial; e c) outras visões/interpretações.

Os debatedores convidados destacaram que:

a) → Na Assembleia Nacional Constituinte em 1988, a nação e a sociedade não optaram pelo consumo do mercado de planos privados de previdência (aposentadorias, e outros benefícios), de saúde e demais direitos sociais, e sim pelo sistema da Seguridade Social que recolhe contribuições sociais e impostos de todos os segmentos da população, com caráter redistributivo, com o objetivo de garantir serviços de previdência e assistência social e de saúde a toda a população. Para tanto, as políticas públicas apontavam na época para o crescimento econômico com desenvolvimento das infra-estruturas necessárias, com distribuição da riqueza gerada no processo produtivo e redução das desigualdades por meio de políticas sociais eqüitativas com base nos direitos sociais.

b) → O pacto social Constitucional foi golpeado pelas forças liberais de mercado centradas na elite financeira dos credores/rentistas da dívida pública nacional. Insistem na solução dos problemas do país por fora da distribuição de renda, do desenvolvimento e do progresso, e sim com o padrão de crescimento que mantém 80% da população na mais dramática iniquidade. Neste contexto, o Ministério da Saúde vem exacerbando sua normatividade centralizada, mantendo a intromissão federal nas dinâmicas locais de saúde.

c) → A EC-29 deve ser regulamentada já: o Simpósio sobre a política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados em Jun/2005 já demandava veementemente. O SUS precisa, para começar, 50% de aumento no seu financiamento, as “caronas” de fora nos orçamentos do SUS, como os planos privados de servidores, devem acabar, e os Municípios vivem em situação insuportável, financiando acima do mínimo exigido legalmente, sob pressão direta da população cidadã e sob controle eficaz dos tribunais de Contas e outros órgãos, desejando que o mesmo ocorra com os Estados. O atual PAC pode promover em vários setores, uma estratégia de desenvolvimento que distribua riqueza e reduza as desigualdades como parte do crescimento.

d) → Sobre a população rural foi destacada a extensão do regime geral da Previdência Social ao campo beneficiando 7 milhões de um total de 25 milhões de trabalhadores rurais, o quê melhora gradativamente a qualidade de vida da população rural e contribui positivamente para a economia dos mais de 4.000 municípios rurais, mais que o Fome Zero e o Bolsa-Família. Foi ressaltada

também a importância do transporte para a população rural, que é decisivo ao lado do financiamento, no acesso aos serviços de saúde, inclusive os da Atenção Básica no nível local. Foi também referida a baixa compreensão do que é rural na população, na economia, na cultura e na epidemiologia: muitas demandas rurais poderiam ser resolvidas nos Municípios e não em Brasília.

e) → *No imaginário popular as decisões estão todas em Brasília, no Governo Federal, não se dando conta do que deve ser decidido ao nível local e municipal, e menos ainda ao nível regional para as respostas que o Município não consegue dar, que é o espaço onde o modelo de gestão ainda não avançou.*

f) → *No controle social foi apontada a ainda frágil consciência das necessidades e dos direitos à Saúde, o que enfraquece também a sustentação da Seguridade Social e Proteção Social. A população usuária está ainda distante do entendimento e apropriação do SUS, e muitas vezes não tem diálogo efetivo por parte dos dirigentes, técnicos e profissionais, e quando tem é mais tratada como objeto do que sujeito do sistema.*

g) → *Ainda no controle social, foram reconhecidas as amplas e fortes mobilizações da sociedade, conquistando aprovação das políticas sociais, porém não suficientes para efetivá-las, o que gera grande insatisfação. Foi reconhecido por final, que apesar da grande relevância da Seguridade Social, restam grandes desafios igualmente relevantes como a Educação, Moradia, Saúde Ambiental, Segurança Alimentar e a informalidade e sazonalidade nas relações de trabalho, tanto urbano como rural, sendo responsabilidade também do Estado promover políticas públicas articuladas de Proteção Social.*

No debate aberto foi destacado que:

a) → *Os Constituintes em 1988 tiveram a preocupação de descaracterizar déficit na Seguridade Social por meio das várias fontes de financiamento das contribuições sociais e dos impostos, diversificadas e solidárias, para viabilizar os serviços integrais que se propõe, por isso não é correta a interpretação e intervenção restrita e unilateral do déficit só da Previdência Social, que além do mais é questionável quando se leva em conta a DRU, as renúncias de recolhimentos, a sonegação, isenções e outros. Pior ainda para a Seguridade Social, além da DRU nos anos 90, foi o grande crescimento das despesas com*

os serviços da dívida pública que vem comprimindo intensamente as despesas correntes na área social, com os investimentos e com a folha dos servidores. Assim sendo, resta à nação a realização de auditoria na dívida pública e da sua altíssima remuneração ao sistema bancário e outros credores, sem deixar de honrá-la, mas reestruturando-a e retomando o pacto social e de desenvolvimento celebrado na Constituição.

b) → Junto à grande questão do financiamento do SUS, emerge a do modelo de gestão: a classe média foi retirada da escola pública e do SUS, e duas classes sociais surgiram, ou utilizando o mercado privado ou os serviços públicos. O grande passo na defesa do SUS é a atração da classe média para o sistema, sob pena de consolidarmos um sistema pobre para os pobres.

c) → No processo da Regionalização, a gestão regional não pode ficar acima dos Municípios ou dos Municípios e Estados, mas deve ser uma gestão integrada e participativa no âmbito das pactuações intermunicipais e com o Estado, e por isso não manda, mas serve os Municípios. É sob esta ótica que as centrais de vagas devem se relacionar com os Municípios e que outras estratégias devem ser formuladas para a integração e otimização dos hospitais com menos de 50 leitos (mais da metade dos hospitais), que não seu simples fechamento.

d) → As Santas Casas com sua origem comunitária contribuem no SUS com 43% das internações, 41% das consultas, 70% do atendimento oncológico, com alta parceria, mas não se pode continuar pagando à sua grande maioria (de pequeno e médio porte), valores que o próprio gestor público não aceitaria para realizar os mesmos serviços, nem com elas conflitar, como as Prefeituras e Estados que não assumem o processo de Regionalização. A retirada das Santas Casas do SUS será o “apagão” na saúde.

e) → Na Atenção Básica, um dos principais aspectos da sua baixa resolutividade (ao lado do baixíssimo financiamento), é de não ter conseguido desenvolver o pronto-atendimento das urgências de baixa complexidade e intercorrências inclusive no período noturno e finais de semana, sem descaracterizar seu atendimento eletivo integral, mas também sem sobrecarregar os serviços de urgência mais complexos e o próprio SAMU.

f) → O perfil dos trabalhadores de Saúde do SUS deve voltar-se mais para a atenção integral e trabalho de equipe, e para o reconhecimento do usuário como sujeito da sua própria saúde e não como objeto da política de saúde.

3º Painel: (09 de maio - 9:00 às 12:00h)

**“Regulamentação da EC 29 e Afirmação da Saúde como
Seguridade Social”**

Coordenador: Deputado Darcísio Perondi

Palestrantes convidados: Dr. Roberto Gouveia - Autor do PLP 1/2003 e Médico Sanitarista da Secretaria de Saúde do Estado de SP, Prof. Áquilas Nogueira Mendes - Vice-Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde/ABRES, Professor de Economia da PUC e da FAAP/SP, e Prof. Elias Antônio Jorge - Diretor do Departamento da Economia da Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

Debatedores convidados: Deputado Rafael Guerra, Deputado Guilherme Menezes, e Dr.^a Ela Wiecko Volkmer - Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão e SubProcuradora-Geral da República

Debate Aberto: Dep. Solange Almeida, Dep. Pepe Vargas, Dep. Sebastião Rocha, Dep. Rafael Guerra, Prof. Elias, Prof. Aquilas, Dep. Darcísio Perondi e Dra. Ela Wiecko.

Na abertura do painel, o coordenador Deputado Darcísio Perondi enfatizou os dois objetivos imediatos da mobilização da Sociedade Civil: iniciar já negociação com a área econômica e convencer o presidente da Câmara a colocar o PLP 01/2003, substitutivo “Guilherme Menezes”, na Ordem do Dia no plenário da Câmara. Lembrou ainda que o PLP impede os “contrabandos” de outros setores no orçamento da saúde, hoje predominantes nos Estados e recentemente reduzidos na União por pressão do Legislativo. Aparentemente, o governo federal na gestão atual está mais sensível, ao contrário da gestão anterior quando a área econômica bloqueou a votação da regulamentação.

Os palestrantes convidados destacaram que:

a) → O cumprimento de no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social/OSS para o SUS indicados no ADCT da Constituição, corresponderia hoje no mínimo a US\$ 400 públicos por habitante-ano, sem computar acréscimos de acordo com o crescimento populacional, a incorporação de novas tecnologias, a mudança do modelo de atenção à saúde e outros fatores, mas permanecemos na faixa de US\$ 150/200 públicos por habitante-ano ou 1 real por habitante-dia, quando precisaríamos de pelo menos 2 a 3 reais por habitante-dia para dar continuidade ao “processo civilizatório” que é o SUS. A meta estaria em torno de 6 reais por habitante-dia. Os atuais US\$ 150/200 por habitante-ano estão em torno da metade do verificado no Uruguai, Argentina e Costa Rica, e um décimo do verificado no Canadá, países europeus, Japão, Austrália e outros, cuja média está em torno de US\$ 1.400 públicos por habitante-ano.

b) → As bases para a compreensão do processo do financiamento do SUS iniciam pela aprovação no ADCT/Constituição Federal em 1988 (Art. 55), da indicação do mínimo de 30% do OSS, que foram mantidos nas Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO até 1992 e excluídos por pressão da área econômica nas respectivas Leis Orçamentárias (Orçamentos da União). Desde então, nem nas LDOs. Em 1993 foi arbitrária e intempestivamente excluída da base de cálculo do financiamento do SUS, sua maior fonte (contribuição sobre a folha de salários), que obrigou o Ministério da Saúde a sobreviver com empréstimo junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT. Em 1996, após árdua conquista da aprovação da CPMF para recompor o financiamento do SUS, foram subtraídos pela área econômica, valores de outras fontes (CONFIN e CSSL) quase correspondentes ao acréscimo da CPMF. A seguir, a Desvinculação das Receitas da União – DRU atingiu 20% do OSS. Entre 1993 e 1999 tramitaram no Congresso Nacional a Proposta de Emenda à Constituição/PEC nº 169 (Deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires e mais 140 deputados), e depois as PECs dos Deputados Carlos Mosconi e José A. Pinotti, consolidadas sob relatoria do Deputado Darcisio Perondi, resultando a PEC 82 que foi longamente negociada sob relatoria do Deputado Ursicino Queiroz, aprovada na Câmara, renumerada no Senado para a EC-29 e aí, com grande mobilização nacional das entidades representativas dos usuários, dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviços e dos gestores públicos,

foi aprovada em Setembro/2000 sob relatoria do Senador Antônio Carlos Valadares.

c) → A gênese do processo de financiamento do SUS inclui a retração da participação do Ministério da Saúde na Receita Corrente da União (de pouco mais de 9,5% em 1995 para pouco menos de 7% em 2006), a retração relativa da contrapartida federal que caiu entre 2000 e 2004 de 60% para 50% enquanto a soma das contrapartidas estadual e municipal passou de 40% para 50% no mesmo período, e a estabilização da contrapartida federal entre 1,9% e 1,7% do PIB (média de 1,8%) no período de 1995 a 2006.

d) → O cumprimento da EC-29 vem sendo constrangido desde 2001, por discrepâncias no cálculo do valor do PIB oficial, da variação nominal do PIB, na definição do que são ou não são ações e serviços de saúde, e na vinculação da alocação dos recursos e estrutura dos gastos ao modelo de gestão da oferta de serviços ditado pelos princípios e diretrizes Constitucionais. Em 2006 o descumprimento pela esfera federal chegou a R\$ 5,2 bilhões e, pela esfera estadual, a R\$ 11 bilhões. Daí a necessidade premente da regulamentação da EC-29, o quê é obrigação que consta na própria emenda.

e) → Os esforços pela regulamentação EC-29 iniciaram já em 2001 com a elaboração dos “Parâmetros Consensuais para a Regulamentação”, pelo Conselho Nacional de Saúde, Procuradoria Federal do Direitos do Cidadão, Associação de Membros dos Tribunais de Contas, IPEA, IBGE, Assessorias Legislativas da Câmara e Senado, CONASS, CONASEMS e SPO/MS, que por sua vez orientaram a elaboração das Resoluções do CNS nº 316 (2002) e nº 322(2003) e por final o PLP 01/2003 do Deputado Roberto Gouveia, que evoluiu para o substitutivo do relator Deputado Guilherme Menezes. Este substitutivo contempla o cálculo da contrapartida federal aprovado na 12ª Conferência Nacional de Saúde, de 10% da Receita Corrente Bruta da União, e entre 2004 e 2005, incorpora os PLPs similares dos Deputados Rafael Guerra e Geraldo Resende, além de ser aprimorado e aprovado nas Comissões da Câmara dos Deputados: da Seguridade Social e Família/CSSF, de Finanças e Tributação/CFT e de Constituição, Justiça e Cidadania/CCJC.

f) → De outubro/2005 até o momento, a mesa da presidência da Câmara dos Deputados não colocou a regulamentação da EC-29 para votação no plenário da casa para, a seguir, ir ao Senado. Encontram-se no Congresso Nacional

três projetos em tramitação para regulamentar a EC-29: o PLP 01/2003 que eleva a contrapartida federal para R\$ 65,87 bilhões, o do Senador Tião Vianna que eleva também para R\$ 65,87 bilhões, e o do Senador Marconi Perillo que eleva para R\$ 70,62 bilhões. Para fins de referência, os 30% do OSS indicados no ADCT da Constituição totalizariam hoje R\$ 93,61 bilhões, e o orçamento aprovado em 2007 para o Ministério da Saúde foi de R\$ 45,8 bilhões.

g) → Enquanto ocorre a tramitação acima informada, o Conselho Nacional dos Secretários da Fazenda/CONFAZ divulga Memorial com itens para a regulamentação da EC-29, que desconsideram os avanços contidos nos projetos em tramitação, nas resoluções 322 e 316 do CNS e na própria EC-29, tornando-a na prática, inócua. Este movimento do CONFAZ está ligado à negociação da dívida dos Estados com a União, e foi objeto de recente reunião dos Governadores com o Presidente da República.

h) → O primeiro desafio do movimento pelo SUS foi a aprovação da Seguridade Social incluindo o SUS na Constituição/1988, que trocou a “saúde pobre para os pobres” pelo direito universal de cidadania; o segundo desafio foi superar a postergação e depois os vetos à Lei Orgânica da Saúde, com a aprovação das Leis 8080/90 e 8142/90; o terceiro desafio foi a vinculação de recursos mais previsíveis e estáveis com a aprovação da EC-29, ainda que extremamente insuficientes e o quarto desafio está sendo a regulamentação da EC-29 voltada para a recuperação da metade de recursos minimamente suficientes.

i) → A macroeconomia encontra-se hoje marcada pelos juros mais elevados do planeta com volumosos ganhos garantidos ao setor financeiro e às empresas e pessoas que especulam; pelo esforço fiscal de 4,8% do PIB para garantir o superávit primário e pagamentos aos credores/rentistas da dívida pública, pelo grande saldo do comércio externo canalizado para oferta de dólares nos mercados de câmbio, pela valorização do real perante o dólar bancado pelo BC e pela total liberação dos fluxos financeiros desde 1990, que mantém remessas irrestritas de recursos para o exterior.

j) → O avanço desta macroeconomia fragilizou o consenso inicial de que investir em saúde significa desenvolvimento, de que saúde é direito do cidadão e dever do Estado, e da concepção da proteção social ser garantida pelo Estado. É responsável pelos 3,2% do PIB destinados ao financiamento público

da saúde, quando no Panamá, Costa Rica, Uruguai, Argentina e Cuba vai de 4,8% a 6,2%, e nos países europeus e da América do Norte, entre 6,2% a 8,1%. E por final, a profunda desigualdade social com 1,1 milhão de pessoas de renda familiar acima de R\$ 10.982,00 detendo 75% da renda nacional, onde as 5 mil famílias mais ricas detém 45%.

l) → Os desafios presentes e futuros estariam no âmbito da construção de políticas públicas nacionais e de Estado estruturadas para a ampliação da qualidade de vida de toda a população, para o desenvolvimento sustentável, para o crescimento com distribuição de renda, com respeito à vida e ao meio ambiente, e a formação de valores virtuosos com base na solidariedade, nesta sociedade que vive crise de valores sem precedentes. A própria distribuição de renda deve ser complementar do sistema público de proteção social voltado aos direitos de cidadania. É no bojo desses desafios que se encontra a regulamentação da EC-29 comprometendo 10% da receita corrente bruta da União para a saúde (o quê significa a elevação de R\$ 45,8 para R\$ 65,2 bilhões federais), com definição das ações e serviços financiados pelo SUS e com critérios de distribuição, controle e fiscalização dos recursos.

m) → Apesar de todas as dificuldades e desvios o SUS demonstrou inacreditável capacidade de inclusão social, produzindo em 2006, 1,3 bilhões de atendimentos básicos, 1,2 bilhões de especializados, 600 milhões de consultas, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 360 milhões de exames laboratoriais, 11 milhões de ultrassonografias, 11,8 milhões de internações, 3,1 milhão de cirurgias (141 mil cardíacas), 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 1,3 milhão de tomografias, 23 milhões de ações de vigilância sanitária e outros. Para tanto, iniciou reforma do Estado na saúde, com profunda descentralização e elevação da capacidade de gestão, grande ampliação das ações de Atenção Básica incluindo a Saúde de Família, introduziu a política de medicamentos genéricos, desenvolveu o controle da AIDS e outros. No padrão dos planos privados (saúde suplementar) que faturam R\$ 40 bilhões anuais para atender 20% da população, o SUS deveria ser financiado por R\$ 200 bilhões (2,5 vezes o atual financiamento), com o agravante de que os planos privados não fazem vacinação, vigilância sanitária, só 3% das hemodiálises e só 2% dos transplantes. A resistência e capacidade da “militância” do SUS (usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de

serviços, gestores públicos de saúde, parlamentares, membros do MP, economistas de saúde, cientistas sociais e políticos e outros) foi a referência para a Lei Orgânica da Assistência Social, o Sistema Único de Assistência Social, a proposta de Sistema Único de Segurança Pública, e do Fundo de Educação Básica/FUNDEB.

n) → Exemplos de medidas a serem intensificadas desde já na mobilização: fazer de 2007 o ano da mobilização conjunta da 13ª Conferência Nacional de Saúde (Municipais, Estaduais e Nacional), e da regulamentação da EC-29, explicitar compromisso dos gestores das três esferas de governo com o financiamento público, universal e gratuito do SUS com fontes estáveis sem crises e retrações, com planejamento participativo dos gastos, e com o conceito de que investir na saúde é investir no desenvolvimento.

o) → É preciso fazer mais e melhor com os recursos que temos, com mais eficiência e eficácia dos gastos, para, simultaneamente, discutir o quanto precisamos.

A seguir, os debatedores convidados destacaram que:

a) → Nos anos de 2004/2005, mais uma vez, o caráter pluripartidário do SUS manifestou-se vivamente por ocasião da aceitação pelos Deputados Rafael Guerra e Geraldo Resende, autores de PLP similares, terem seus principais pontos incorporados no PLP 01/2003, que apensou os referidos projetos, assim como a aprovação unânime pelos deputados membros da CSSF, CFT e CCJC, incluindo significativos aprimoramentos relatados nas duas últimas, respectivamente pelos Deputados Luís Carlos Hauly e José Pimentel.

b) → Entre as várias instâncias do Ministério Público e dos Tribunais de Contas, a falta de consensos em torno dos conceitos relacionados ao financiamento do SUS e das interpretações das normas orçamentário-financeiras do Governo, inclusive a definição de gastos com saúde, deverão ser atenuadas e equacionadas com a aprovação do PLP nº 01/2003.

c) → O descumprimento da EC-29 pela maior parte dos Estados resulta pelo menos parcialmente, dos maus exemplos da União e da falta de respostas do Judiciário. Houve Estado que permitiu até 20% do ICMS a ser doado pelas empresas, o que diminuiu em 20% a base de cálculo dos orçamentos vinculados da Saúde e Educação.

d) → Há necessidade de serem fortalecidas as ações previstas em todo o capítulo da Seguridade Social na Constituição, da regulamentação da EC-29 e do cumprimento da Lei pelos governos.

No debate aberto foi destacado que:

a) → O Ministério Público deve desempenhar parceria com os Estados chamando-os para ajustes de condutas, como já vem ocorrendo com os Municípios. Talvez seja cabível ação judicial para que os Estados e a União cumpram a EC-29, incluindo a definição do que é gasto com saúde. Alguns Municípios já estão aprendendo o mau exemplo da maior parte dos Estados.

b) → Simultaneamente ao financiamento deve ser debatida, com a mesma ênfase, a questão do modelo de atenção à saúde como a regulação do uso intensivo de tecnologias de maior custo sem utilização intensiva e prévia de tecnologias mais leves, adequadas e resolutivas, a preparação de profissionais e a capacitação dos conselheiros de saúde facilitando-lhes “apropriar-se” do sistema.

c) → A DRU deve ser extinta, inclusive para fortalecer a descentralização/municipalização com mais recursos para o SUS.

d) → Além da grande contribuição que a 13ª Conferência Nacional de Saúde traz para a aprovação do PLP 01/2003, será importante a articulação de uma mesa de alto nível constituída por representações do Executivo, do Legislativo e da Sociedade Civil.

e) → Na negociação, a gradualização da elevação do financiamento poderá ser uma das opções colocadas ou aceitas pela área econômica do Governo, e somente poderá ser considerada se desde as primeiras etapas representar um significativo impacto a favor do SUS, quando comparada ao patamar da atual correção pela variação nominal do PIB. O significativo impacto deve possibilitar a retomada da construção do “modelo SUS”.

4º Painel: (09 de maio - 15:30 às 17:30h)

“O direito à saúde: os direitos dos usuários e os direitos dos trabalhadores de saúde”

Coordenador: Deputado Sebastião Bala Rocha

Palestrantes convidados: Dr. Eduardo Bermudez - Assessor Técnico da Confederação Nacional de Saúde, Prof. Maria Aparecida do Amaral Godói de Faria – Tesoureira da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social/CNTSS, e Dra. Maria Helena Machado - Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde

Debatedor convidado: Sr. José Cláudio Barriguelli – da Federação das Associações de Renais e Transplantados (Conselheiro Nacional da Saúde)

Debate Aberto: Dr. Eduardo Bermudez, Dep. Solange Almeida, Dep. Rafael Guerra, Dep. Rosana Guimarães, Prof. Elias Jorge e Dep. Darcísio Perondi.

Na abertura do painel, o coordenador Deputado Sebastião Bala Rocha enfatizou os princípios da Carta dos Direitos dos Usuários aprovada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Conselho Nacional de Saúde, que abordam o acesso equitativo, ordenado e organizado aos níveis dos serviços do SUS, o atendimento adequado, humanizado e respeitoso aos valores e direitos do cidadão e as responsabilidades do próprio cidadão.

Os palestrantes convidados destacaram que:

a) → A Seguridade Social, como política pública universal, abrange as relações humanas e sua qualidade depende diretamente das condições dignas do trabalho, da valorização, satisfação e motivação dos seus trabalhadores. Na Saúde, o seu conceito, o princípio Constitucional da Relevância Pública e a realização satisfatória do trabalho em saúde devem reconhecer a dependência fundamental do trabalho humano e da necessidade da preservação da capacidade produtiva dos trabalhadores de saúde, com atenção aos seus direitos sociais, trabalhistas e de saúde.

b) → Como a saúde é questão pública que envolve os agentes estatais e não estatais, a política de saúde deve abranger os sistemas público e privado incluindo os direitos sociais, trabalhistas e de saúde dos trabalhadores de saúde. Estes, em especial nos hospitais e outras áreas de atenção à saúde, estão expostos às mais variadas situações de risco, doenças e acidentes do trabalho, e conseqüente redução da capacidade produtiva.

c) → A Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional tradicionais já não abrangem nem conseguem intervir eficazmente no amplo e complexo processo produtivo e fatores geradores de insalubridade e doenças, o que deu origem aos atuais conceitos, práticas e políticas de Saúde do Trabalhador.

d) → O Ministério do Trabalho e Emprego vem editando Normas Regulamentadoras na área da atenção às doenças e acidentes do trabalho em resposta aos movimentos por direitos trabalhistas, destacando-se a NR-5 que cria as CIPAS no setor privado e órgãos públicos contratantes por CLT, a NR-32 direcionada ao setor privado e a NR-4 direcionada ao setor público, todas elas com grandes dificuldades de implementação e até de implantação.

e) → A terceirização foi um dos instrumentos de redução de custos dos serviços públicos, que ao lado da flexibilização das relações de trabalho gerou retração nos níveis salariais, eliminação do concurso público e carreiras, alta rotatividade, dificuldade de reposição, desprofissionalização nos serviços públicos, desorganização do processo de trabalho e crescente inadequação da formação/capacitações. É a precarização do trabalho que vem acentuando a desigualdade entre os trabalhadores de saúde e as doenças do trabalho, que atinge os estatutários, os celetistas, os temporários e principalmente as várias modalidades de terceirizados (Cooperativas, empresas, consultorias, ONGs, Organizações Sociais/OS, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público/OSCIPs e outras), que se estende dos agentes comunitários de saúde aos especialistas de nível superior. Legislação de 1998/1999 autoriza o Poder Executivo a transferir à entidades privadas sem fins lucrativos a gestão de bens e pessoal públicos de saúde e respectiva prestação de serviços, incluindo autonomia de contratar sem concurso e comprar sem licitação, observados em tese, os princípios da Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade, Economicidade e Eficiência.

f) → As grandes dificuldades de implantação, implementação e aprimoramento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego para o trabalho público e privado em saúde, o quê é agravado com a intensificação do trabalho informal e/ou terceirizado, inserem-se paradoxalmente no contexto do avanço Constitucional que consagrou o direito de cidadania à saúde, com superação da antiga segmentação de indigentes, previdenciários e elite social, e também no contexto recente da Carta dos Direitos dos Usuários.

g) → A base do cumprimento dos direitos dos usuários revelou-se insuficiente só com o amparo legal, com as regulamentações e com o controle social pelos conselhos de saúde, sendo imprescindível e inadiável o seu fortalecimento com a qualificação e profissionalização da Gestão, com a Regionalização das redes serviços, com a incorporação e avaliação tecnológica, com a capacitação e educação permanente em todos os níveis, e com maior fixação de profissionais nos Municípios, vinculados e comprometidos aos usuários. Por final, com nova política de financiamento, de gastos e de gestão do trabalho na Saúde.

A seguir, o debatedor convidado destacou que:

As políticas de saúde e soluções vêm se restringindo aos períodos de mandato de cada governo, sendo necessário que hajam pactos de soluções, metas e planos que ultrapassem e não dependam de cada governo. Uma Lei de Responsabilidades Sanitárias poderia dispor sobre essa e outras questões.

Ao encerrar o 4º Painel, e o Seminário, o Deputado Rafael Guerra, a pedido do Deputado Sebastião Bala Rocha, lembrou **a necessidade absoluta da regulamentação da EC nº29** e enalteceu a participação de doze a quinze parlamentares que alternaram o painel com outras atividades na casa, em especial, pelas intervenções, o Deputado Darcisio Perondi e a Deputada Solange Almeida.

SEGURIDADE SÓ EXISTE COM SUS FORTE!

Deputado **Jorge Tadeu Mudalen**
Presidente da CSSF

Deputado **Rafael Guerra**
Presidente da FPS