

**RELATÓRIO DA OFICINA PERMANENTE RUMO À
13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
(Primeira Etapa)**

LOCAL: Auditório do Conselho Nacional de Saúde – CNS - Ministério da Saúde –
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo, 1º andar, Ala B, Brasília - DF.

DATA : 18 e 19 de maio de 2006

CONSELHOS ESTADUAIS PRESENTES

Alagoas
Amapá
Amazonas
Bahia
Ceará
Distrito Federal
Espírito Santo
Maranhão
Mato Grosso
Minas Gerais
Pará
Paraná
Pernambuco
Piauí
Rio de Janeiro
Rio Grande do Norte
Rio Grande do Sul
Rondônia
Santa Catarina
São Paulo
Tocantins

CONSELHEIROS NACIONAIS PRESENTES

Antonio Alves de Souza
Artur Custodio Moreira de Souza
José Cláudio dos Santos
Nildes de Oliveira Andrade

INTRODUÇÃO

A Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde iniciou os trabalhos, cumprimentando e agradecendo a participação de todos, ressaltando a presença dos Conselhos Estaduais de Saúde de 21 estados, na primeira etapa da Oficina Permanente Rumo a 13ª Conferência Nacional de Saúde.

A iniciativa do Conselho Nacional de Saúde na realização dessa atividade é construir a 13ª Conferência Nacional de Saúde, com participação de todos os atores sociais. Para esta primeira etapa, foram convidados de um a quatro representantes dos Conselhos Estaduais de Saúde e suas respectivas Secretarias Executivas, com objetivo de reunir informações, opiniões, críticas e discutir e debater questões pertinentes às conferências de saúde já realizadas, para que, em conjunto, possam elaborar subsídios para a construção do Regimento Interno da 13ª Conferência Nacional de Saúde, prevista para dezembro de 2007. Nas próximas etapas da Oficina Permanente pretende-se reunir os Coordenadores e os Relatores de Conferências anteriores, a academia, o Ministério Público, Associações de Prefeitos e Secretários Municipais, entre outros.

AValiação DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE 2003/2006

1- DIFICULDADES DOS CONSELHOS DE SAÚDE PARA A REALIZAÇÃO DE CONFERÊNCIAS

Com a finalidade de fornecer subsídios para o debate da primeira etapa da Oficina Permanente, fez-se uma apresentação das principais dificuldades para a realização de Conferências Nacionais de Saúde, compiladas do Relatório da reunião dos Conselhos Estaduais, realizada em 30 de agosto de 2005, com objetivo de incentivar a realização das Conferências Temáticas de Saúde do Trabalhador e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:

⇒ Dificuldade de acesso ao Ministério da Saúde relacionada ao suporte técnico às conferências municipais e estaduais como: palestrantes, material de divulgação e outros;

⇒ Conferências regionais e municipais – as etapas anteriores às conferências estaduais acontecem das duas formas;

⇒ Dificuldades de distribuição de vagas dos Estados(para as Conferências Nacionais), entre os municípios;

⇒ Quando os estados fazem alterações nos Regimentos das Conferências Estaduais que estão em dissonância com o Regimento Nacional, justifica-se pelo fato de o Regimento Nacional da Conferência não contemplar as especificidades dos estados e municípios;

⇒ Diminuição da participação dos usuários.

Principais dificuldades enfrentadas nos municípios:

⇒ falta de recursos financeiros;

⇒ falta de iniciativa e vontade política dos gestores;

⇒ no início de 2005, a inexperiência dos novos gestores, fizeram com que diversos municípios enviassem delegações para as conferências estaduais sem respeito a paridade da Resolução CNS nº 333/2003.

2- COMPARAÇÃO DE REGIMENTOS DAS ETAPAS ESTADUAIS DA 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Foi apresentada a consolidação de alguns dados dos regimentos enviados pelos estados do Mato Grosso, Rio Grande do Sul e Tocantins.

Objetivos/Finalidades das Conferências:

⇒ Analisar, avaliar e deliberar sobre a Política Estadual de Saúde, visando à consolidação do SUS.

Forma de Realização:

⇒ Etapas municipais.

⇒ Etapas Regionais (RS).

Número de Delegados da Etapa Estadual/Delegados por Habitante:

⇒ Mato Grosso

→ 480 delegados na etapa estadual.

→ Etapa estadual: 1 delegado para 4.500 habitantes.

→ Etapa nacional: 1 delegado para 74.214 habitantes.

⇒ Rio Grande do Sul

→ 1922 delegados na etapa estadual.

→ Etapa estadual: 1 delegado para 5.300 habitantes.

→ Etapa nacional: 1 delegado para 70.748 habitantes.

→ No Rio Grande do Sul a distribuição das vagas para a Conferência

Nacional é definida pelo regimento estadual.

⇒ Tocantins

→ 2 delegados para municípios com até 10 mil habitantes, mais um delegado para cada 5 mil.

→ Etapa estadual: 1 delegado, em média, para cada 4.500 habitantes.

→ Etapa nacional: 1 delegado para cada 72.318 habitantes.

Observação: todos os estados têm convidados, observadores ou ouvintes.

Comissão Organizadora:

⇒ Mato Grosso: Conselho Estadual atuou como Comitê Consultivo.

⇒ Rio Grande do Sul: Comissão Organizadora foi indicada pelo Conselho Estadual de Saúde.

⇒ Tocantins: Comissão Organizadora foi indicada pelo Conselho Estadual de Saúde.

Recursos Financeiros da Etapa Estadual

⇒ Mato Grosso: são providos pela Secretaria Estadual de Saúde.

⇒ Rio Grande do Sul: são providos pela Secretaria Estadual de Saúde.

⇒ Tocantins: são providos pela Secretaria Estadual de Saúde.

O traslado e a hospedagem dos delegados foram de responsabilidade dos municípios.

3) EXPERIÊNCIAS E OPINIÕES SOBRE AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

Os participantes da Oficina, diante dos dados acima descritos, apresentaram opiniões e experiências que expressaram a avaliação dos conselheiros estaduais de saúde e secretários executivos presentes, sobre as Conferências de Saúde realizadas no último período, entre os quais, destaca-se:

Nestes anos de implantação do SUS foi possível, com engajamento social, garantir a realização das Conferências Nacionais de Saúde de 4 em 4 anos, ainda que com dificuldades na definição dos temas, na aplicação das deliberações e na realização das conferências temáticas deliberadas entre a 10ª e a 12ª Conferências Nacionais de Saúde.

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde deliberou-se pela realização de diversas Conferências Temáticas, que foram consideradas importantes para a atualização de deliberações de políticas específicas para a consolidação do SUS.

Na opinião de todos as conferências são importantes instrumentos que expressam a democratização das relações do Estado com a sociedade.

Para atendimento às deliberações citadas foram realizadas 5 conferências temáticas de 2004 a 2006, cujos resultados foram determinantes para a elaboração de políticas de saúde para o país.

Porém, na avaliação de muitos, houve curto espaço de tempo entre a realização dessas conferências, gerando atropelos e ausência de dinâmica capaz de acompanhar a aplicação das decisões no cotidiano dos serviços de saúde, assim o poder de repercussão social das conferências sofreu prejuízo em muitos municípios e estados.

Constatou-se que houve repetição de discussões e votações de uma para outra Conferência com retomada de temas já deliberados na 12ª Conferência Nacional de Saúde, prejudicando o tempo disponibilizado para as discussões específicas que as conferências temáticas exigiam.

Os Conselhos de Saúde e suas equipes coordenaram duas conferências ao mesmo tempo, com períodos reduzidos para a realização das etapas municipais e

regionais, anteriores à etapa estadual, restando assim pouco tempo para realização da etapa estadual, antecedendo a etapa nacional.

A constatação de que as delegações dos estados presentes às últimas etapas das conferências nacionais não produziram alternância de pessoas, criou as seguintes polêmicas:

Há um monopólio de vagas nos municípios e estados, que sempre elegem as mesmas pessoas, não permitindo renovação?

Elegem-se os mais qualificados, em comum acordo nos estados, pois a participação gera conhecimento e o conhecimento gera participação, portanto delegados que participam de diversas conferências contribuem para as mesmas?

Também se analisou que os temas das conferências realizadas buscaram mobilizar o mesmo público, porque ocorreram em períodos concomitantes e em alguns casos causando disputas entre Comissões Organizadoras dentro dos Conselhos Estaduais.

Outra situação enfrentada foi o descompromisso dos gestores com o financiamento das conferências ou das delegações, visto que algumas conferências temáticas não foram consideradas como estratégicas, por estes gestores, para o SUS.

Neste item foi proposto que fossem previstas penalidades para aqueles que não realizam conferências de saúde.

Será importante incluir as atividades de controle social, incluindo as Conferências de saúde na categoria de investimento em saúde, pois muitos alegam que esses eventos são gastos desnecessários ao SUS.

Propôs-se que seja revista a forma de financiamento para a participação de gestores.

Solicitou-se a ampliação do tamanho das delegações estaduais, garantindo a paridade, e que os números devem ser revistos com base nos dados do IBGE. Por outro lado, foram apresentadas críticas aos delegados que vêm as conferências e não participam das atividades, propondo-se a redução do tamanho das delegações com objetivo de qualificação antes da saída do município ou do estado para um evento nacional.

Quanto à eleição de delegados para as Conferências Nacionais, vem se repetindo divergências no critério de divisão de vagas entre regiões e entre capital e interior. Enquanto alguns municípios ou estados utilizam o modelo da divisão

administrativa das Secretarias Estaduais de Saúde, outros optam pela divisão proporcional ao número de habitantes.

Os conselheiros presentes verificaram que tem ocorrido diminuição na participação dos usuários, por meio de grande interferência dos gestores nas eleições dos delegados de seu segmento, como nas vagas do segmento dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviço e por outro lado esses segmentos ocupam as representações do segmento dos usuários, causando grandes questionamentos sobre representatividade e legitimidade de delegações. Nas representações em conferências tem ocorrido o fato de pessoas que mudam de entidades para manter-se como delegados e, infelizmente, em alguns casos, como conselheiros.

Relatou-se ainda, que tem havido forte questionamento sobre entidades que recebem recursos públicos do SUS, e representam usuários, solicitando-se o estabelecimento de uma norma nacional para estes casos, ordenando o que é ou não prestação de serviços quando se trata de movimentos sociais.

Foram apresentados alguns episódios referentes à exclusão dos Conselhos Estaduais de Saúde na organização das Conferências. Propôs-se que as conferências sejam convocadas pelos Conselhos de Saúde e não pelos gestores, unicamente.

É necessário estímulo ao controle social, desenvolvendo formas de despertar interesse dos gestores para a realização de conferências municipais, estaduais e nacional, ainda que temáticas, e para isso o Regimento Nacional deve contemplar as especificidades dos estados por meio de eixos nacionais com espaço para eixos temáticos locais e regionais, que atendam a realidade e conjuntura dos estados. Quanto à produção de documento-base para utilização em conferências, a maior parte dos participantes consideraram que esse instrumento tem sido ineficiente pelo fato de os mesmos serem longos e sem dinâmica de utilização eficaz, o que não otimiza o debate nem as deliberações sobre os temas em questão.

Foram apresentadas as dificuldades em fortalecer as etapas municipais, já citadas no item 1 desse texto. Foi solicitado que deveria ser pensado um modelo de conferência que fortalecesse a participação da sociedade e que esses eventos fossem planejados com antecedência. O Estado do Amapá relatou a necessidade desses cronogramas, pois nesse estado embora tenham apenas 16 municípios há muitas dificuldades em reuni-los em função da distância.

Também foram relatadas as experiências de estados e municípios que realizam eleições dos Conselhos em Conferências e há divisão de opiniões sobre esse método de eleição.

Os conselheiros estaduais apresentaram suas experiências sobre Conferências Regionais de Saúde. Os Estados do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e São Paulo utilizam esse formato há muitos anos com objetivos diferenciados. Os outros estados utilizaram apenas quando constou do Regimento de Conferência Nacional e o Estado de Pernambuco relatou que mesmo fazendo parte do Regimento Nacional, não utiliza. A polêmica estabelecida é se as Conferências Regionais, as Plenárias Paritárias ou Macrorregionais substituem ou não as etapas municipais, seja numa ação direta ou indireta, a saber: Ação direta é quando os regimentos da etapa estadual ou nacional explicitam isso, fazem da conferência regional uma etapa anterior a etapa estadual com papel de eleição de delegados, sem consideração aos delegados eleitos em Conferências Municipais. Com essa prática gera-se estímulo para que as Conferências que não prevêem conferências regionais passem a conviver com esse expediente que é utilizado indiretamente de forma a atender os municípios que não realizam etapas municipais, sejam quais forem os motivos pelos quais não as fazem.

Foi proposto que se organize capacitação para que haja compreensão do papel das Conferências, conforme o disposto na Lei nº 8.142/90, sugerindo-se a construção de métodos para acompanhar a aplicação das decisões das conferências nas políticas de saúde, nas três esferas de governo, sempre revendo o que já foi aprovado para analisar o que foi realizado.

Destaca-se aqui o papel das conferências como instâncias de deliberação do controle social, (há questionamento políticos e jurídicos sobre o papel deliberativo das conferências), e muitas decisões de conferências não tem sido cumpridas sob argumento de que não são deliberativas acerca das políticas de saúde.

Por fim, os conselheiros teceram avaliações sobre a conjuntura do SUS com destaque as dificuldades com as Comissões Intergestores Bipartites que querem superar os Conselhos, definindo-se como deliberativas. Do enfrentamento da terceirização de gestão dos serviços de saúde por meio de Organizações Sociais e OSCIPS e da Lei de Responsabilidade Fiscal que prejudica ou é utilizada com

argumento para a não contratação de trabalhadores de saúde nos municípios e nos estados.

4- EIXOS DE DISCUSSÃO E ENCAMINHAMENTOS

O conjunto dos participantes da oficina após a primeira rodada de debates, descrita acima, discutiram propostas a partir de cinco eixos organizados, para encaminhamentos a serem apresentados e discutidos nas próximas etapas da Oficina Permanente rumo a 13ª Conferência Nacional de Saúde.

4.1- Diversidade Regional/Especificidades dos Estados

A principal discussão sobre um Regimento Nacional que sofre alterações nas etapas municipais e estaduais de uma Conferência referiu-se a autonomia entre as três esferas de governo, fato que permitiria tais mudanças.

Analisou-se que a situação geopolítica de cada estado exigia tais alterações em função do tamanho das delegações, tamanho do estado e temas necessários às discussões neste âmbito e que não constavam do Regimento Nacional. Propôs-se que cada esfera pudesse elaborar seu próprio regimento.

Da mesma forma, analisou-se que esta conduta de regimentos “independentes” do Regimento Nacional pode levar a relatórios absolutamente difusos, delegações sem parâmetros para definir seu número de eleitos e a forma de eleição de uma etapa para outra, causando assim conflitos entre representações e estados na etapa nacional.

Além disso, alertou-se para os problemas já vividos, como estados que fazem mudanças em seus regimentos e sofrem contrariedades de municípios que se baseiam no Regimento Nacional, dado que essas mudanças nem sempre são articuladas com os municípios.

Assim a proposta é que o Regimento Nacional seja o ordenador de todo o processo em forma de diretrizes. Para isso foi proposto que os estados façam desde já alguns estudos para o diagnóstico de sua situação com propostas que possam subsidiar o Conselho Nacional de Saúde quando da elaboração do Regimento Nacional da 13ª Conferência Nacional de Saúde.

⇒ Cada estado deve fazer um levantamento de sua situação geopolítica para que seja divulgado entre os outros estados da Federação, com o objetivo de

demonstrar as necessidades específicas de cada um, produzindo um mapeamento nacional para o Conselho Nacional de Saúde.

⇒ Prever e informar, com a antecedência, os temas específicos que serão necessários discutir no âmbito estadual.

(Esses documentos e análises devem ser apresentados na etapa da Oficina Permanente que ocorrerá em dezembro de 2006, com os Conselhos Estaduais de Saúde)

4.2- Representatividade/Legitimidade

Esse debate foi realizado levando em consideração que não é papel dessa Oficina estabelecer ou propor as regras para representatividade, legitimidade ou legalidade das instituições que fazem parte dos conselhos de saúde. Diante desse acordo foram feitas as seguintes avaliações:

⇒ Compreende-se que todo cidadão que vive no Brasil é usuário do SUS, no entanto, é necessário que quando da indicação de um representante por uma entidade para as vagas em um Conselho haja um compromisso ético desse representante, de forma democrática e consciente, para que represente os interesses do segmento para o qual foi eleito.

⇒ A participação de algumas entidades nem sempre se dá no mesmo segmento, quando comparadas às composições dos Conselhos de Saúde, nos estados e municípios.

⇒ O papel de cada segmento que compõe o Conselho de Saúde e a legitimidade da representação, diz respeito à autonomia das entidades, no tocante a sua indicação. Definir se a representação de um determinado Conselheiro é legítima ou não se dá no âmbito da entidade que o indica e não em regras previamente definidas.

⇒ A reeleição de delegados para as conferências expressa a representatividade da entidade nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e a autonomia dos Estados para elegerem seus delegados.

⇒ As organizações que compõe os Conselhos de Saúde devem fazer cumprir a Lei nº 8.142/90 e a Resolução CNS nº 333/2003, no que se refere à representatividade em suas composições.

⇒ O Regimento da Conferência Estadual ou Nacional deve estabelecer que as delegações, que não forem eleitas paritariamente, de acordo com a Resolução CNS nº 333/2003, não devem ser credenciadas como delegados.

⇒ Sobre entidades que recebem recursos públicos do SUS, e representam usuários, manteve-se a solicitação do estabelecimento de uma norma nacional para estes casos, ordenando o que é ou não prestação de serviços quando se tratar de movimentos sociais, já que a Resolução CNS nº 333/2003 não aborda esse assunto.

⇒ Propôs-se que representatividade/legitimidade devem ser incluídos como tema da 13ª Conferência Nacional de Saúde; ao mesmo tempo essa proposta foi descartada, na visão de que essa temática deve ser tratada pelas entidades em seus espaços autônomos, com vistas a fortalecer os movimentos sociais nos Conselhos de Saúde.

⇒ Importância de investir em formação de novos quadros para os Conselhos de Saúde nas comunidades, nos sindicatos e nas entidades que compõe os Conselhos e entre os gestores e prestadores de serviço.

(Como apresentado, essa discussão não levou a encaminhamentos e, sim, a reflexões e opiniões para aprofundamento e discussão nos âmbito dos movimentos sociais que compõe os Conselhos de Saúde)

4.3- Conferências Temáticas/Modelo

Resgate das Conferências Nacionais - 2003/2006

Em 2003 foi realizada a 12ª Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde deliberou pela realização das seguintes Conferências Temáticas:

1. Conferência Nacional de Seguridade Social;
2. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador;
3. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal;
4. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
5. 1ª Conferência Nacional de DST/Aids/HCV/Hepatite C;
6. Conferência Nacional de Atenção Básica em Saúde;
7. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;

8. 1ª Conferência Nacional de Educação Popular e Saúde;
9. 1ª Conferência Nacional de Gestão Participativa;
10. 2ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária;
11. 1ª Conferência Nacional de Comunicação e Informação em Saúde.

De 2004 a 2006, foram realizadas 05 Conferências Temáticas:

1. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal;
2. Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;
3. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador;
4. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
5. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

O CNS tem solicitações para a realização de outras importantes Conferências Temáticas como:

1. Saúde da Mulher;
2. Saneamento e Meio Ambiente;
3. Saúde Mental;
4. Vigilância Sanitária.

Portanto, não foi possível realizar 11 Conferências Temáticas no período de 2003 a 2006, conforme deliberado.

Todos os temas destacados para Conferências Temáticas são importantes para o SUS e é necessário definir como deverão ocorrer. Foi aventado se devem ser tratados na forma de Conferências Temáticas ou em outro formato a ser definido, elaborando-se uma dinâmica a ser desenvolvida, sob pena de “banalizar” as conferências de saúde.

Por decisão do CNS, até a próxima Conferência Nacional de Saúde não ocorrerão outras Conferências Temáticas. Porém, se a 13ª Conferência Nacional de Saúde deliberar pela realização de conferências temáticas para outros temas o número, que hoje é de 11, pode aumentar e os Conselhos de Saúde terão que encontrar uma forma de encaminhamento para a realização. Este é um dos principais desafios para os Conselhos de Saúde, que pela Lei nº 8.142/90 tem competência para deliberar sobre o regimento das Conferências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Quando se propôs a não realização de conferências temáticas, foi lembrado que na Conferência Nacional de Saúde Bucal houve uma defesa nesse sentido,

argumentando-se que os Conselhos Municipais de Saúde passam o ano em função de preparação de Conferências e sugerindo que todos os temas da saúde deveriam estar contemplados nas Conferências de Saúde e não em Conferências Temáticas. Essa proposta foi derrotada, ficando evidente que não é fácil produzir propostas que atendam a militância do SUS, no que tange as conferências temáticas, portanto, essa questão deve fazer parte da agenda de debates dos Conselhos de Saúde.

Discutiu-se sobre a probabilidade de realizar Fóruns Temáticos ao invés de Conferências, mas analisou-se que dificilmente uma proposta como esta teria acordo no Brasil, porque quando se propõe um tema para conferência a expectativa é que todo o país realize essa discussão e que daí surjam deliberações sobre a política em questão.

Encaminhamentos

O desafio dos Conselhos de Saúde é, até janeiro de 2007, elaborar uma proposta sobre Conferências Temáticas para ser aplicado ou deliberado na 13ª Conferência Nacional de Saúde, para isso foram apresentadas as seguintes propostas para discussão nos estados:

⇒ Realizar as Conferências Temáticas, que estão na agenda, na véspera da 13ª Conferência Nacional de Saúde, com as mesmas delegações divididas paritariamente, ou com delegações específicas para cada conferência temática, mantendo-se o critério de paridade. As decisões das Conferências Temáticas seriam incorporadas ao Relatório da Conferência Nacional e daí para frente todas as conferências temáticas deliberadas seriam realizadas neste modelo, ou seja, sempre na véspera da Conferência Nacional de Saúde.

⇒ Outra proposta é realizar as Conferências Temáticas um ano antes da Conferência Nacional de Saúde, como Pré-Conferências, isto pode ser apresentado como proposta na 13ª Conferência e só poderia ser aplicado na 14ª Conferência Nacional de Saúde prevista para 2011, portanto essas Conferências Temáticas ocorreriam, concomitantemente, em 2010.

⇒ A última proposta foi reunir todas as sugestões apresentadas, com relato de dificuldades e problemas, acrescido do debate realizado durante a Oficina Permanente e das propostas elaboradas nos estados e municípios a partir da repercussão das questões aqui propostas e relatadas e discutidas nos Conselhos de

Saúde visando construir uma proposta para ser analisada e votada pela 13ª Conferência, sobre modelo de conferências temáticas.

4.4- Metodologia

As questões referentes à metodologia estão diretamente ligadas a construção do Regimento Nacional e funcionamento da Conferência, para tanto sugere-se que:

⇒ A construção de Regimentos/Regulamentos leve em consideração o conjunto dos debates realizados na Oficina Permanente rumo a 13ª Conferência Nacional de Saúde.

⇒ O papel do Regimento é ordenar o processo e o do Regulamento é ordenar a Conferência.

Estrutura Regimental

a) Objetivo da Conferência

⇒ Analisar, avaliar e deliberar sobre a Política Nacional de Saúde, visando a consolidação do SUS.

b) Realização

⇒ Deve estabelecer períodos condizentes, para que se realizem as etapas municipais e estaduais com condições de discussão de todos os temas visando a mobilização social em favor do SUS. Devem-se estabelecer teleconferências permanentes que apoiem os delegados eleitos de uma etapa para outra abordando temas desde a forma ou método de se realizar conferência, até os temas em discussão na conferência, com espaço para apresentação das especificidades dos estados e regiões.

c) Temário

⇒ Foram propostos temas como: Controle Social e Gestão Participativa; Legitimidade e Representatividade. Porém a maioria dos Conselheiros presentes considerou que na próxima Conferência Nacional deve-se promover um balanço do SUS, da 8ª Conferência a 12ª, ou da 12ª até a 13ª Conferência, avaliando os avanços e as dificuldades para o estabelecimento de grandes ações em favor da consolidação do SUS e para a definição de uma metodologia combinada em todo o país para acompanhar e garantir a implantação das deliberações das Conferências. Aqui o

acordo é que o tema deve dialogar com o conjunto da sociedade agregando valor às lutas em favor do SUS.

⇒ Destacou-se que no momento da Conferência Nacional, em 2007, será possível avaliar a implantação do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

d) Metodologia para elaboração de Relatórios

⇒ Propôs-se que desde o início da preparação da Conferência os estados e municípios, a esfera estadual e a nacional preparem uma ação articulada para que os relatórios expressem as necessidades, opiniões e propostas com objetividade para que as Plenárias sejam produtivas, visto que em muitas Conferências não tem sido possível concluir a votação de Relatório Final, deixando assim de cumprir o principal papel da Conferência, que é comunicar à sociedade as decisões do controle social sobre o SUS.

⇒ Com relação ao Documento–Base, se forem elaborados, devem ser objetivos, em forma de minutas para orientação das discussões, sem conteúdo ou forma de Relatório Final.

⇒ Que se estabeleça método de incluir e retratar os temas específicos de estados e regiões.

e) Da organização

⇒ Conforme relatado propôs-se que o Regimento Nacional seja o ordenador de todo o processo em forma de diretrizes e que garanta o equilíbrio das demandas e discussões dos estados e regiões.

⇒ A importância e o papel das Secretarias Executivas dos Conselhos nas Conferências de Saúde diante das dificuldades da participação dos mesmos nas etapas das Conferências Estaduais e Nacional.

f) Comissão Organizadora

⇒ Deve ser indicada pelo Conselho de Saúde, onde estão presentes os usuários, os trabalhadores de saúde, os gestores e prestadores de serviço, portanto é a partir desse espaço plural que se indicará uma Comissão Organizadora em consonância com o controle social.

g) Delegados

⇒ Foi proposta a revisão do tamanho das delegações conforme o item – Avaliação das Conferências - com propostas diferenciadas.

⇒ Na eleição de delegados é necessário elaborar propostas que superem as atuais disputas entre: Capital e Interior; eleição por regiões ou por segmento. Os Regimentos das Conferências Estaduais são muito diferenciados quando se trata desse aspecto e quando ocorrem divergências nos estados procura-se o âmbito nacional para dirimi-las. O Regimento Nacional não tem sido suficiente para tratar esses recursos de delegações e como tratado anteriormente, aqui, também, ressalta-se a questão da autonomia entre as esferas de governo.

⇒ A necessidade de que os delegados eleitos participem das etapas municipais e estaduais da Conferência para ser eleito para Conferência Nacional.

h) Recursos Financeiros

⇒ É necessário prever na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei Orçamentária, dos municípios, dos estados e do governo federal os recursos financeiros para a realização das conferências, além da dotação orçamentária para funcionamento dos Conselhos de Saúde, pois é diante da falta, ou da alegação de falta, de recursos financeiros que muitas conferências deixam de ser realizadas.

g) Dinâmica

⇒ Foram discutidas as dinâmicas de Plenárias Temáticas deliberativas utilizadas nas últimas Conferências Temáticas ou grupos de trabalho. Tanto numa proposta quanto noutra houve prós e contras, na primeira a principal dificuldade era manter essas plenárias paritárias, pois os delegados vem com a expectativa de fazer parte de uma Plenária e muitas vezes estão em outra, as mudanças não são permitidas para não quebrar a paridade e isso causou insatisfação, dúvidas e, em alguns casos, tumultos. Com relação a grupo, a depender do número de delegados de uma Conferência afora exigir uma grande estrutura física e de pessoal ocorre que muitas propostas apresentadas repetem-se numa estrutura de texto diferenciada e a experiência tem demonstrado que todos os temas debatidos em grupos têm retornado para a Plenária Final, como se não houvesse esta etapa anterior de discussão.

Aqui, destaca-se que as propostas aprovadas nos estados geralmente têm pouco destaque.

Encaminhamentos

Além da estrutura regimental apresentada acima, que já pode subsidiar as discussões nos estados foi proposto elaborar um Regimento Fictício mais detalhado

para ser discutido, analisado, revisado e reestruturado nas dimensões e visões de cada conselho ou segmento para ser discutido em dezembro.

5- TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

Os participantes da Oficina destacaram a importância da realização das etapas municipais, estaduais e nacional das Conferências. Destacou-se como consenso a realização das etapas municipais pela importância do debate na base do Sistema Único de Saúde

A principal polêmica apresentada pelos conselheiros neste ponto, foi o papel das Conferências Regionais sobrepondo as Conferências Municipais.

Dentre os conselhos presentes foram solicitadas informações sobre a realização de etapas regionais de conferências de saúde em 2003, anteriores a 12ª Conferência Nacional de Saúde, a saber:

Alagoas – não realizou.

Amazonas – não realizou.

Amapá – não realizou.

Bahia – fazem conferências regionais como estímulo e não para eleição de delegados.

Ceará – fazem conferências intermunicipais, mas não de acordo com divisão administrativa do Estado.

Distrito Federal – não há municípios, fazem conferência por regiões administrativas do Estado.

Espírito Santo – fazem conferências intermunicipais, mas não de acordo com divisão administrativa do Estado.

Maranhão – não realizou

Minas Gerais – realizam etapas regionais como estímulo às etapas municipais.

Mato Grosso – não realizou.

Pará – não realizou.

Pernambuco – não realizou.

Piauí – não realizou.

Paraná – realizou Plenárias Macrorregionais.

Rio de Janeiro – não realizou.

Rio Grande do Norte – já realizou, mas deliberou pela suspensão de Conferências Regionais.

Rondônia – não realizou.

Rio Grande do Sul – A experiência do Rio Grande do Sul demonstra duas situações: em algumas regiões dentro do Estado os municípios se reúnem para realizar a Conferência Regional e as Regiões Sanitárias também realizam Conferências Regionais, reunindo em especial, os delegados eleitos nos municípios para aprofundar o debate na Conferência Estadual e na Nacional. Nesta situação, a Conferência Regional não é deliberativa e, sim, uma instância de articulação e de aprofundamento de debate.

Santa Catarina – não tem conferência regional no Regimento Estadual, mas aceitou relatório dos municípios que fizeram.

São Paulo – Realizaram Plenárias Paritárias Regionais onde são eleitos os delegados para a Conferência Estadual e para a Conferência Nacional. Tem um Regimento próprio para essa metodologia aprovado pelo Conselho estadual de Saúde.

Tocantins – não realizou

Observação: Aqui só foram informadas as situações das etapas anteriores a 12ª Conferência. Com relação às Conferências Temáticas quase todos realizaram Conferências Regionais

Avaliação sobre a realização de Conferências Temáticas

⇒ O principal argumento para realização de Conferências Regionais, em especial, no que se refere às conferências temáticas tem sido a exigüidade de tempo para sua realização e a ocorrência de mais de uma Conferência Temática no mesmo ano.

⇒ Os Estados e Municípios têm seus calendários próprios de realização de Conferências de Saúde, e tem acumulado etapas de conferências nacionais, optando por participar de Conferências Regionais.

⇒ Os municípios de pequeno porte (com menos de 2 mil habitantes), segundo relato, apresentam mais dificuldades em realizar Conferências Municipais, por isto optam por Conferências Regionais.

⇒ Há municípios que realizam Conferências intermunicipais, que não estão necessariamente ligadas à macro região administrativa, nem ao PDR e sim às especificidades do município.

⇒ A questão de palestrantes para as Conferências Municipais também é tida como um problema, alega-se que agrupar municípios facilita a vinda de pessoas qualificadas para debater os temas.

⇒ Há experiências em que se reúne regionalmente para palestras. O relatório e a escolha de delegados são feitos por cada município que se reúne e realiza o seu processo em separado.

Encaminhamentos

⇒ Destacou-se que nas três esferas de governo é necessário garantir a realização de conferências de saúde, como forma de envolver a sociedade com o SUS.

⇒ Em cada esfera de governo deve-se garantir o financiamento das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

⇒ Aprofundar o debate sobre o papel da Conferência Regional em cada Estado da Federação e sobre o que deve estar estabelecido no Regimento da 13ª Conferência Nacional de Saúde sobre este tema, se necessário, num capítulo especial sobre Conferências Regionais.

ENCERRAMENTO

O conjunto desse relatório deverá subsidiar as próximas etapas da Oficina Permanente Rumo a 13ª Conferência Nacional de Saúde e a discussão sobre a Conferência Nacional nos Conselhos de Saúde.

ORGANIZAÇÃO: SECRETARIA EXECUTIVA DO CNS

Apoio Técnico

Eliane Aparecida Cruz	Secretária Executiva do CNS
Lucia M ^a Costa Figueiredo	Coordenadora Técnico-Normativa do CNS
Camila Faccenda	Assistente Técnica
Eliana Simproni	Assessora
Neide dos Santos	Assistente Técnica
Jannayna Martins Sales	Coordenadora de Apoio Logístico

Relatório Final

Eliane Aparecida Cruz	Secretária Executiva do CNS
Lucia M ^a Costa Figueiredo	Coordenadora Técnico-Normativa do CNS
Adalgiza Balsemão Araújo	Colaboradora da SE/CNS
Eliana Simproni	Assessora
Neide dos Santos	Assistente Técnica
Jannayna Martins Sales	Coordenadora de Apoio Logístico

Revisão Final: Gleisse de Castro de Oliveira

Diagramação: Maria Rita Rodrigues da Silva

PARTICIPANTES

1. Maria Laura Conrado Silva – AL
2. Geronimo Ferreira da Silva – AL
3. Sebastião Prachedes dos Reis Pinto – AL
4. Eunice Canuto Ferreira – AL
5. Joaquim Alves Barros Neves – AM
6. Ruth Vasconcelos Cavalcante – AM
7. Cláudio Augusto Cassiano da Costa – AP
8. Osená Maria Sales Sfair – AP
9. Elizabeth Mourão Moraes – AP
10. Valdez Almeida da Silva – AP
11. Elza de Oliveira Araújo – BA
12. Mário José da Conceição – BA
13. Candice de Almeida Rocha Ledo – BA
14. Elisabete Lima de Moraes – BA
15. João Dilmar – CE
16. Francisco Bezerra Lira – CE
17. Walbert de Araújo Linhares – DF
18. Maria Geni Meriguetti Serutti – ES
19. Adriano Márcio Rocon – ES
20. Maria Teresa M. Oliveira – MA
21. Fernando Neves da Costa e Silva – MA
22. Maria Lucia Almeida Ferreira – MA

23. Isabel Myrian – MA
24. Acataiaçú dos Santos – MA
25. Gilson Silva – MG
26. Renato Almeida Barros – MG
27. Sérgio Augusto Alves de Oliveira – MG
28. Maria Cândida do Nascimento – MT
29. Maria Luiza Ortiz N. da Cunha – MT
30. Joacy Leopoldino da Fonseca – MT
31. Magali de Souza – MT
32. Alzita Leão Ormond – MT
33. Benonilde da Conceição C. de Carvalho – PA
34. Jany Welma de Sá Albuquerque – PE
35. Tatiana Santa Cruz Ramos – PE
36. José Teófilo Cavalcante – PI
37. Valdir Donizete de Moraes – PR
38. José Carlos Leite – PR
39. João Maria de Oliveira Lima – PR
40. Marlene Gomes da Costa Pacheco – PR
41. Elias José da Silva – RJ
42. Íris da Conceição – RJ
43. Edna Theodoro – RJ
44. Brígida Neide – RJ
45. Aloísio Barros – RJ
46. Eliane Medeiros – RN
47. José Wilson de Sá – RN
48. Maria Dalva Horácio – RN
49. Percival Nunes Carvalho Filho – RN
50. Valdo Teodosio de Almeida – RN
51. Naderje Nazaré da Costa Moura – RO
52. Raimundo Nonato Soares – RO
53. Cristiane Montenegro – RS
54. Lotário Schindwein – RS
55. Luiz Henrique Pereira – RS
56. Silvestre Cachanoski – RS
57. Marcelo Pinter Alves – SC
58. Gilson do Amaral – SC
59. Jorge Cobra – SC
60. Marco Borges – SC
61. Jair Santana – SC
62. Mariângela Guanaes B. da Cruz – SP
63. Alessandra Franco Fonseca – TO
64. Adelman J. da Luz – TO
65. Eduardo Francisco de Assis Braga – TO

66. Hermúzia Maria de Souza – TO
67. Antonio Alves de Souza – CNS
68. Artur Custódio Moreira de Souza – CNS
69. José Cláudio dos Santos – CNS
70. Nildes Andrade de Oliveira - CNS

SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

1. Adalgiza Balsemão Araújo
2. Alessandra Ximenes da Silva
3. Alessandro Saturno
4. Ana Gabriela Nascimento Sena
5. Anderson Eurípides Coutinho
6. Caroline Miranda Celho
7. Cristiane Cezário Gomes
8. Darcy Reis de Oliveira
9. Edsônia Soares da Silveira
10. Eliana Aparecida Simproni
11. Eliane Aparecida da Cruz
12. Gerson Lúcio Gomes Domont
13. Gleisse de Castro de Oliveira
14. Jaci de Jesus
15. Jannayna Martins Sales
16. Jomilton Costa Souza Júnior
17. José Maria do Amaral Sobreira Filho
18. Leandro Lima Mendes
19. Lúcia Maria Costa Figueiredo
20. Maicon Vinícius de Camargo
21. Manuela Novais de Almeida
22. Maria Camila Borges Faccenda
23. Maria Rita Rodrigues da Silva
24. Marimi Melo da Silva
25. Marionita Teixeira de Queiroz
26. Neide Rodrigues do Santos
27. Pérola de Jesus da Silva
28. Rosa Amélia Pereira Dias
29. Soraia Oliveira de Moraes
30. Verbena Lúcia Melo Gonçalves
31. Verônica Guedes Araújo
32. Wagner de Almeida Muniz
33. Willian de Lima Barreto