

Serviço Civil em Saúde

Seminário Nacional sobre

**Demandas Judiciais
no Âmbito do SUS**

Brasília/DF 07 e 08 de julho de 2011

Relatório Final

Índice

Apresentação.....	02
1 Propostas sobre Demandas Judiciais no âmbito do SUS.....	03
2 Propostas sobre Serviço Civil em Saúde.....	06
3 Mesa de Abertura.....	11
4 Painel 1- Demandas Judiciais no âmbito do Sistema Único de Saúde.....	15
5 Painel 2 – Serviço Civil em Saúde.....	20
6 Programação.....	26
7 Equipe Técnica.....	27

APRESENTAÇÃO

Os temas **Serviço Civil em Saúde** e **Demandas Judiciais no Âmbito do Sistema Único de Saúde** têm sido reiteradamente debatidos no Conselho Nacional de Saúde (CNS), nos últimos anos, fazendo parte de sua agenda política para os anos de 2010 a 2012.

Assim, para discutir os temas em tela o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou em sua 220ª Reunião Ordinária a realização do **Seminário Nacional sobre Serviço Civil em Saúde e Demandas Judiciais no âmbito do SUS** que se realizou em Brasília/DF, na Confederação Nacional dos Trabalhadores, nos dias 07 e 08 de julho de 2011, e contou com a presença de 400 participantes representantes dos Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, Ministério da Saúde, Conass, Conasems, Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Ministério da Educação, Secretarias Estaduais e Municipais de Educação, Câmara dos Deputados, estudantes, usuários, trabalhadores, Coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Ministério Público da União e dos Estados, Supremo Tribunal Federal, Conselhos de Políticas Públicas, Controladoria Geral da União, dentre outros.

Ao final dos trabalhos os participantes elaboraram propostas que serão entregues a todos os envolvidos com o Sistema Único de Saúde na perspectiva de contribuir para a consolidação do Sistema.

Conselho Nacional de Saúde.

1. PROPOSTAS SOBRE DEMANDAS JUDICIAIS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. Atender as demandas dos usuários do SUS do ponto de vista da universalidade, da integralidade e da equidade com qualidade no atendimento;
2. Aprovar a Lei de Responsabilidade Sanitária;
3. Considerar o processo de judicialização como indicativo de ajuste a serem feitas nas políticas de saúde;
4. Criar mecanismos para acelerar o processo de análise e resolutividade das demandas de saúde;
5. Criar nas três esferas de governo câmaras técnicas ou assessorias técnicas no âmbito jurídico-administrativo para atender as demandas relacionadas à assistência farmacêutico-terapêutica;
6. Incluir a participação de usuários do SUS nos Núcleos de Assessoria Técnica;
7. Propor ao judiciário que consulte os Conselhos de Saúde na análise de demandas judiciais no âmbito do Sistema Único de Saúde;
8. Realizar análises periódicas referentes aos resultados das ações judiciais no âmbito da saúde, identificando as suas causas e atuando sobre elas;
9. Colocar on-line todos os dados referentes à Política dos SUS para dar agilidade as consultas do judiciário;
10. Criar orçamento especial para atender as demandas judiciais;
11. Estimular os gestores a atenderem as demandas administrativas com agilidade antes de medidas judiciais, explicando as alternativas padronizadas e fornecendo o tratamento solicitado;
12. Capacitar gestores, equipe técnica-administrativa das secretarias de saúde e auditores em saúde para entendimento sobre direito e legislação;
13. Dar transparência ao processo de pactuação de atribuições entre as três esferas de governo;
14. Recomendar ao Ministério da Saúde que tenha como referência a Programação Pactuada Integrada e Programações Anuais da Saúde para impedir ou evitar a falta de medicamentos nos meses de dezembro e janeiro por questões administrativas;
15. Explicitar no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual a dimensão das necessidades de saúde e de serviços e as estratégias para garantir os recursos suficientes para atender as necessidades do SUS, com maior ênfase nas ações de alta

complexidade e medicamentos de alto custo, para que haja redução das demandas judiciais;

16. Realizar revisão da lista de medicamentos especiais e incorporar no Rol de procedimento os medicamentos antitabagismo, para obesidade, polivitamínicos e para a anemia falciforme;

17. Negociar com os laboratórios farmacêuticos para que demonstrem os custos reais com medicamentos e adotar processo de incorporação de medicamentos que reduzam os gastos do SUS;

18. Ampliar a oferta dos exames laboratoriais em todo território nacional;

19. Definir responsabilidade para o fornecimento de medicamentos não previstos em protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas;

20. Exigir dos secretários de saúde que publicitem a relação atualizada dos medicamentos cobertos pelo SUS e o índice médio mensal de cobertura (abastecimento) destes insumos;

21. Dividir entre os gestores (municipal, estadual e federal) a responsabilidade do cumprimento das ações judiciais;

22. Vincular a responsabilidade sanitária aos indicadores de acesso com qualidade ao SUS;

23. Ampliar a abrangência dos protocolos e diretrizes clínicas;

24. Exigir dos Tribunais de Contas o cumprimento do orçamento para as ações e serviços de saúde garantidos na CF/88;

25. Criar instrumentos legais para responsabilizar os gestores no sentido de dar condições para o funcionamento dos conselhos de saúde;

26. Propor que a ANVISA incorpore os medicamentos para os quais há evidências clínicas de efetividade e segurança;

27. Exigir que as prescrições médicas sejam baseadas em evidências científicas;

28. Proibir a propaganda de medicamentos enquanto não estiverem aprovados pela ANVISA;

29. Pactuar com a ANVISA prazos para avaliação de medicamentos novos e importados;

30. Definir junto à Comissão de Incorporação de Tecnologia do Ministério da Saúde prazo para decisão sobre incorporação de tecnologias;

31. Implantar o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;

32. Criar componente especializado oncológico com normas próprias;

33. Discutir a implantação e fornecimento pelo SUS de insulinas especiais;

34. Determinar prazos para agendamento de consultas e exames diagnósticos;

35. Promover ações integrais de serviços a exemplo do Centro de Atenção Integral, Atendimento Domiciliar, entre outros;

36. Garantir a qualidade da atenção básica e valorizar os Agentes Comunitários da Saúde;

37. Valorizar os serviços de ouvidoria;

38. Revisar o número populacional que é considerado para formação das equipes do Programa de Saúde da Família;

39. Manter e melhorar a rede de saúde especialmente no que se refere aos hospitais;

40. Criar condições para ampliar a oferta de leitos para internação e reduzir a espera por vagas nas UTI's (máximo 24 horas);

41. Ampliar a área física das unidades de saúde;

42. Melhorar a qualificação dos Recursos Humanos em Saúde;

43. Capacitar conselheiros de saúde em aspectos do Direito;

44. Propor ao Instituto Nacional de Seguridade Social o pagamento dos exames complementares solicitados pelo seu serviço de perícia;

45. Adotar mecanismos de responsabilização dos gestores que não cumprem com suas obrigações evitando prejudicar a instituição, seja a secretaria municipal ou estadual de saúde;

46. Obrigar os Planos Privados de Saúde a oferecer assistência integral aos usuários incluindo a oferta de alguns medicamentos;

47. Rever o tempo de carência de 24 meses para doenças e lesões pré-existent;

48. Instituir mecanismos de controle sobre iniciativa de cooptação de usuários para processos judiciais;

49. Criar instrumentos recursais quando as ações que dizem respeito à licença médica dos trabalhadores do SUS são negadas pela junta médica do município;

50. Encaminhar as propostas aprovadas ao Conselho Nacional de Justiça, à Defensoria Pública da União, ao Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, aos Conselhos de Saúde, ao Instituto Nacional de Previdência Social, ao Congresso Nacional e ao Tribunal de Contas da União;

Plenária Final sobre Demandas Judiciais No âmbito do Sistema Único de Saúde.

Coordenação: Francisco Batista Junior - Conselho Nacional de Saúde

Fernando Luis Eliotério – Conselho Nacional de Saúde.

2. PROPOSTAS SOBRE SERVIÇO CIVIL EM SAÚDE

1. Considerar o Serviço Civil em Saúde obrigatório para estudantes das escolas públicas e voluntário para estudantes de escolas particulares;
2. Considerar que a proposta do Ministério da Saúde sobre serviço civil em saúde, não seja entendida como um programa de residência e que seja universal, formado por equipes multidisciplinares e estendida a todas as 14 profissões da saúde;
3. Formatar um projeto de política de estado dentro da perspectiva da saúde pública a partir da revisão dos diversos projetos político pedagógicos dos cursos das áreas de assistência à saúde, visando a implantação do Serviço Civil na saúde;
4. Legalizar o serviço civil em saúde, principalmente para quem foi financiado pelo FIES ou mesmo para aquele receptor da bolsa de estudos pelo município;
5. Conceder pontuação diferenciada nos concursos públicos aos profissionais de saúde que participaram do serviço civil, além de remuneração melhorada;
6. Inclusão do controle social no acompanhamento e avaliação da formação profissional voltada para o SUS, com a prestação de serviço civil na região da Instituição de Ensino Superior por um determinado período de tempo;
7. Incentivar que haja a nível federal repasse de recursos fundo a fundo (aos moldes do PET-Saúde) para o serviço civil em saúde, não sendo apenas obrigatoriedade dos municípios a responsabilidade de fixação e provimento destes profissionais;
8. Aprimorar argumentos, estabelecer critérios e incentivos para a garantia do serviço civil, superando a concepção mercantilista, elitista, preconceituosa e discriminatória;
9. Substituir o termo de serviço voluntário para serviço compromissado para os profissionais de saúde graduados com recursos públicos;
10. Cobrar imediatamente a implementação do plano de cargos e carreiras no SUS em âmbito nas três esferas de governo, considerando de maneira especial o serviço civil na saúde;
11. Recomendar ao Ministério da Saúde que custeie o ressarcimento do serviço civil em saúde na sua totalidade;
12. Promover a negociação nos Estados com as CIB's e os conselhos estaduais de saúde, para escolha dos locais prioritários para receberem os profissionais de saúde do serviço civil;
13. Considerar na implantação do serviço civil em saúde o IDH dos municípios, dando prioridade àqueles de menor índice de IDH;

14. Considerar que na adesão dos Municípios e Estados ao serviço civil em saúde o módulo de gestão de trabalho seja público evitando terceirizações na contratação dos profissionais;

15. Considerar na implantação do serviço civil em saúde (voluntário ou obrigatório) a distribuição dos profissionais nas comunidades quilombolas, indígenas, ribeirinhas, assentadas, acampadas e áreas de incidência de doenças com maior prevalência na população negra tais como a anemia falciforme;

16. Implementar o serviço civil voluntário começando pelas regiões Norte e Nordeste.

17. Dar provimento e promover a fixação dos futuros profissionais de saúde, também em áreas carentes dos grandes centros populacionais;

18. Promover ações para que os postulantes que optarem por suas formações profissionais superiores, principalmente no segmento de saúde, sejam fundamentalmente compromissados com a sociedade e o usuário, considerando o serviço civil para os residentes cujas especializações forem custeadas pelo erário público;

19. Não permitir transferência de região após realizado o concurso público, para não gerar defasagem de profissionais de saúde;

20. Desenvolver frentes de serviços civil nos grandes centros como forma de promover saúde;

21. Considerar que os preceptores/tutores do serviço civil sejam preferencialmente médicos de família e comunidade, com residência médica ou título de especialista;

22. Discutir e promover as mudanças curriculares necessárias para formar profissionais de saúde com o perfil necessário ao SUS, inserindo nos currículos da graduação em saúde em instituições públicas e privadas a temática do SUS;

23. Favorecer a atuação de profissionais de saúde indígena, em seus território/área, também indígenas;

24. Valorizar e incentivar oportunidades que proporcionem a inserção de jovens rurais no ensino superior e na área de saúde, considerando a concepção do lugar de moradia e incorporar a concepção ampla de rural, urbano – campo e floresta, a partir das várias vertentes existentes dentro da saúde no país;

25. Promover articulação para a inclusão de trabalhadores de nível médio, tais como, agentes comunitários e agentes de endemias, os profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem, para além das profissões de saúde no serviço civil, assim como garantir um piso salarial justo para estas categorias;

26. Garantir aos médicos e aos recém-formados, acesso às residências de medicina de família e comunidade após a prestação de serviço civil e que os tutores/preceptores dos médicos em serviço civil sejam médicos de família e comunidade, com residência médica ou título especialista;

27. Garantir aos médicos, que prestarem serviço civil após a residência médica, amortização no pagamento do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES, ao ingresso na carreira de Estado e à pontuação para o ingresso na residência;

28. Considerar que profissionais médicos que se formam em universidades públicas prestem Serviço Civil obrigatório aos por dois anos, no mínimo;

29. Abrir vagas para profissionais médicos formados no exterior para atendimento aos usuários do SUS, desde que respeitadas as normas ético-profissionais vigentes no país;

30. Incluir no projeto do Serviço Civil um maior investimento para formação de uma maior quantidade de médicos generalistas para atender especialmente a Estratégia de Saúde da Família;

31. Incentivar a formação e fixar pediatras em todo país com incentivo e custeio pelo Ministério da Saúde em portaria específica;

32. Escolher municípios sem médicos como campo inicial para serviço civil dessa profissão;

33. Priorizar a formação dos internados em saúde com o foco na atenção básica;

34. Garantir a fixação dos profissionais de saúde oriundos de residências médica e multiprofissional nos serviços públicos de saúde após o término das mesmas;

35. Propor uma Emenda Constitucional no sentido de criar uma carreira de Estado da Saúde, com salários atrativos mediante concursos em níveis Federal e Estadual, nos moldes das carreiras do poder judiciário, incorporando os profissionais do serviço civil;

36. Fixar normas gerais, no plano legislativo federal, inclusive remuneratórias, da carreira de profissionais do serviço público de saúde, em todos os níveis de governo, com o objetivo de valorizar os profissionais e estimular o ingresso e permanência no setor público;

37. Prover qualificação e oferecer vínculo seguro a todo trabalhador da saúde, em qualquer localidade do país;

38. Acabar com a troca de favor político na área da saúde por meio de ofertas de cargos e promover a isonomia de salários para que acabem as constantes trocas de serviço;

39. Estimular programas e projetos como o VIGISUS ainda na graduação para minimizar a baixa adesão ao SUS pelos estudantes;

40. Definir como será feita a preceptoria multiprofissional e o apoio acadêmico aos trabalhadores locais e do serviço civil, garantindo uma adequada capacitação dos tutores e preceptores da rede pública para receber os egressos, visando o projeto de serviço civil em saúde;

41. Estimular as residências multiprofissionais a partir de um plano de ação com concursos públicos, qualificação da formação, reformas curriculares, despreciação do trabalho;

42. Intensificar o controle e a fiscalização nas instituições de ensino médico, tanto no campo dos docentes quanto no de discentes para uma formação de maior qualidade por meio dos Ministérios envolvidos;

43. Instaurar uma prova como forma de avaliar a qualificação dos profissionais de saúde ao término dos cursos de graduação;

44. Autorizar ao brasileiro portador de diploma de nível superior com a origem em outro país a participar do serviço civil em saúde, com direito a tutoria, capacitação e pontuação, visando a revalidação de seu diploma em avaliação nacional unificada após a prestação de serviço;

45. Construir as propostas de formação de qualquer natureza com participação significativa do movimento estudantil, representado pelas executivas e federações de cursos, aproximando a classe estudantil dos debates acerca do serviço civil e decidir em conjunto se esse serviço será prestado voluntariamente e/ou com obrigatoriedade;

46. Garantir preceptoria bem remunerada para os profissionais inseridos na política de estágio supervisionado no Sistema Único de Saúde e, em especial, a de residência multiprofissional, para que possam dedicar-se de modo exclusivo e que, este profissional, preceptor de residência, seja qualificado no âmbito stricto sensu, no mínimo, para que o residente possa obter ensino de qualidade;

47. Inserir as pessoas com necessidades especiais, adequando-os para se enquadrarem nas vagas dos serviços públicos de saúde e na qualificação profissional em todo país;

48. Promover seminários pertinentes ao serviço civil em saúde e judicialização nas outras esferas de governo, Estados e Municípios com objetivo de obter co-responsabilização pelos atores sociais;

49. Garantir a continuidade do debate sobre o serviço civil na saúde, ampliando a participação para outros setores da sociedade;

50. Pautar e Defender os resultados finais das propostas deste seminário nas três instâncias dos níveis de governo;

51. Encaminhar as propostas aprovadas ao Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Congresso Nacional, Comissão Intergestores e aos Conselhos Estaduais e Municipais.

Plenária Final sobre Serviço Civil em Saúde.

Coordenação: Ruth Ribeiro Bittencourt – Conselho Nacional de Saúde

Abrahão Nunes da Silva – Conselho Nacional de Saúde

Eliane Aparecida da Cruz – Conselho Nacional de Saúde

3. MESA DE ABERTURA

O Seminário Nacional sobre Serviço em Saúde e Demandas Judiciais iniciou-se com o canto do hino nacional e contou com a presença do Ministro da Saúde e presidente do Conselho Nacional de Saúde, Alexandre Padilha.

A Mesa de Abertura foi composta pelo Ministro da Saúde, Alexandre Padilha; o Deputado Federal da Frente Parlamentar da Saúde, Darcísio Peronti; a Coordenadora Geral de Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação Jeanne Liliane Marlene Michel; a representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde Alethele de Oliveira Santos; o representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Arilson da Silva Cardoso; a representante dos usuários no Conselho Nacional de Saúde Marisa Fúria Silva; a representante dos trabalhadores no Conselho Nacional de Saúde Ana Cristina Brasil; representante do Tribunal de Contas da União Marcelo André Barboza da Rocha; e o representante do Fórum Nacional de Residentes em Saúde. Janilson Lopes Leite.

Jeanne Liliane Marlene Michel - Ministério da Educação - Saudou todas as autoridades presentes e a plateia. Falou do trabalho de parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde, que essa integração foi muito positiva. Para ela o tema da saúde é muito caro e repetiu o mote de que a saúde se faz por pessoas bem informadas e com boa formação. Em sua opinião a articulação entre MS e MEC na gestão da educação em saúde é fundamental para o sucesso do SUS. O Brasil tem um sistema de jovem (21 anos), vitorioso, fantástico, abrangente, acolhedor que evoluiu muito, porém com problemas. Segundo ela, o SUS tem que dar certo para todos e em todos os lugares e o desafio é formar pessoas que deem conta desta tarefa. Para isso é preciso conquistar progressos nessa direção. Desejou que o evento traga avanços, resultados e mais propostas.

Darcísio Peronti – Deputado Federal - Saudou os companheiros de luta e desejou um SUS melhor para todos os brasileiros. Rememorou que o SUS saiu da adolescência e entrou na fase adulta com avanços. Ele tem convicção que o SUS foi a única reforma política administrativa ocorrida nesse país que deu certo, entretanto, precisa ser amadurecida e aprimorada. Disse que o tema hoje é serviço civil, quando estudante fugia disso. Para Peronti houve avanços na questão da judicialização com a Lei nº 12.401, sancionada este ano. Segundo ele, é uma lei que trará mais instrumentos para o judiciário e colocará mais luz nos processos. O Secretário de Saúde não correrá mais o risco de ser preso por determinação de um Juiz por faltar aspirina. Quanto à regulamentação da EC nº 29/00, disse que ela não irá resolver definitivamente os problemas do financiamento. A regulamentação da Emenda está parada e que os parlamentares querem votar, entretanto

falta apenas o destaque se terá a Contribuição Social (CSS) ou não. O Deputado informou que tendência é de se fazer a votação sem o imposto e a partir daí a matéria seguir para o Senado. Conforme informações dele, há uma corrente na Câmara que deseja elaborar outro projeto. Caso essa ideia dê certo irá atrasar ainda mais todo o processo de regulamentação da Emenda. Segundo Perondi, a imprensa descobriu que treze estados da federação não cumprem a lei. A regulamentação irá avançar e colocará mais recurso na saúde, porém não irá resolver todos os problemas do sistema. Nesse sentido, solicitou ajuda e mobilização de todos. Para o Deputado, o Ministro Padilha é esforçado, ouvinte e toma decisões. Com relação à área econômica, disse que esta não valoriza os gastos em saúde. Para ele a esperança é um sentimento imortal que nos move. Finalizou sua fala com um abraço e um bom trabalho a todos.

Milton Augusto Nobre – Conselho Nacional de Justiça - Saudou os integrantes da mesa e desejou sucesso ao Seminário. Agradeceu o convite feito ao judiciário. Ressaltou que o Seminário começou bem e que o Ministro Padilha de forma democrática entendeu que o problema da judicialização é um problema de todos e não só do estado. Como presidente da Comissão de Relacionamento do Conselho Nacional de Justiça recebeu o convite como uma convocação, para democraticamente discutir problemas que são comuns a todos. Segundo ele, o Brasil não conseguiu se libertar do patrimonialismo. Citou problemas como o de registro público de óbito, que o judiciário está analisando. Disse que Portugal estatizou seu registro publico em 1911. Desejou sucesso e êxito aos participantes do Seminário e que o evento fosse útil em torno do SUS e da saúde brasileira.

Alexandre Rocha dos Santos Padilha – Ministro de Estado da Saúde e Presidente do Conselho Nacional de Saúde - Saudou e desejou pleno sucesso a todos no Seminário. Fez uma saudação especial a Milton Nobre e agradeceu a parceria do Judiciário com o Ministério da Saúde. Para o Ministro essa parceria tem como desafio a construção de forma conjunta do direito à saúde. Ele disse que o Seminário tem um papel decisivo para a preparação da 14ª Conferência de Saúde, visto que os temas abordados no Seminário tocam em questões do direito à saúde. Enfatizou a importância do Judiciário no exercício da fiscalização e como guardião da Constituição Federal brasileira. Questionou em que medida o volume de demandas judiciais ajuda ou prejudica o direito à saúde. Destacou as demandas judiciais e o serviço civil em saúde como temas cruciais e decisivos na consolidação do SUS. Para o Ministro, falar de demandas judiciais é dizer qual é a extensão do direito à saúde. Discutir direito e a extensão do direito à saúde, a partir do desafio que o Brasil assumiu ao adotar um sistema público, são necessariamente um exercício de mobilização do conjunto da sociedade e dos gestores. O SUS é para todos e não só para

pobres. Nenhum país do mundo, com mais de 100 milhões de habitantes, assumiu esse desafio de ter um sistema nacional público. Para ele não se faz serviço com qualidade sem uma política de educação permanente, de indução e de valorização do trabalhador. É preciso haver compromisso e garantia de uma política concreta e eficiente de formação e educação permanente. Nesse sentido, é necessário perseguir isso por um SUS de qualidade. Dessa forma, o Serviço civil obrigatório conseguirá garantir para o SUS, que é um sistema complexo, profissionais. Destacou o diálogo fundamental entre o MEC e o MS e agradeceu essa parceria. Segundo ele, a relação entre esses dois Ministérios é cada vez melhor. Do seu ponto de vista, a não ampliação do SUS abrirá, cada vez mais, o mercado da saúde privada e dos planos de saúde. Há uma disputa estratégica de afirmação do sistema e a não consolidação do SUS é de interesse das redes privadas de saúde. Essa é a disputa que existe. Portanto, é preciso trabalhar mais os consensos do que as divergências. Ressaltou que foram incorporados nesses oito anos vários medicamentos e vários procedimentos na rede de atenção à saúde. Com relação ao processo de incorporação tecnológica, disse que a incorporação desses novos procedimentos terapêuticos poderá por um lado defender a vida ou prejudicá-la se não for bem avaliado. Isso poderá levar a um modelo não integral que reforça a idéia, do ponto de vista individual e, que o tratamento tem de ser feito em hospital. Do ponto de vista coletivo, significa desorganização do sistema, prejudica o planejamento do orçamento da saúde e um conjunto de terapêuticas implantadas. Essa fronteira é tênue havendo necessidade de construção de um marco institucional para debatê-la. Comentou que para incorporar a vacina do HPV é necessário mais estudos. Quanto à regulamentação da Lei nº 8.080/90, disse que foi um avanço institucional. É fundamental que se tenha marcos institucionais e parcerias com o judiciário para que as demandas judiciais não se transformem num mecanismo que gere interesses que não sejam da coletividade. É necessário debater o tema de forma respeitosa, avançar no direito à vida e na consolidação do SUS. O serviço civil obrigatório tem de ser debatido no conjunto de outros temas para formação profissional, havendo necessidade de se ter clareza da diversidade do Brasil, pois uma medida única não vai garantir provimento e fixação de profissionais. Esse contexto envolve a revisão dos currículos, formação multiprofissional, ensino em serviço. Disse que todos os profissionais se formam dentro do SUS, entretanto saem do processo de formação não comprometidos com ele. É preciso intensificar os serviços especializados, estimular especialistas onde não existem no país e debater sobre a gestão do trabalho, visto que há um processo de precarização de vínculo dos trabalhadores. Falou da iniciativa do MS sobre o estímulo para o profissional recém-formado e sobre o FIES (crédito educacional). Padilha enfatizou que é preciso haver fixação de profissionais em regiões remotas ou de vulnerabilidade do país. Tem de se formar

equipes multiprofissionais cada vez mais integradas, capacitadas e especializadas. Afirmou que aposta num serviço civil obrigatório combinado com a não interrupção da especialização de profissionais para servir ao SUS. Finalizou seu discurso parabenizando os Conselheiros e agradecendo a presença de todos.

4. PAINEL 1: DEMANDAS JUDICIAIS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Coordenação: Clovis Adalberto Boufler – Conselho Nacional de Saúde

Secretaria: Geraldo Alves Vasconcelos – Conselho Nacional de Saúde

Palestrantes:

- Jean Keiji Uema – Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde
- Pedro Henrique Di Masi Palheiro - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- Fernanda Vargas Terrazas – Conselho Nacional de Secretarias Municipais
- Milton Augusto Nobre – Conselho Nacional de Justiça

Debatedores:

- Rosângela da Silva Santos – Conselho Nacional de Saúde
- Ronald Ferreira dos santos – Conselho Nacional de Saúde

Jean Keiji Uema - Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde - Fez apresentação em trazendo uma reflexão sobre o dilema: o direito individual à saúde de uma pessoa, se pleiteado e acatado judicialmente, pode prejudicar o direito à saúde de outras pessoas (ex. gastos em sp – Folha de São Paulo 05/07/11). É justa essa situação? Reportou-se aos artigos 196 e 197 da Constituição Federal que trata da **dimensão pública do direito**. Argumentou que da forma como colocado, abstratamente, tudo leva a dizer que deve prevalecer o direito de todos. O juiz, contudo, depara-se com casos concretos, e não podendo exigir que adote essa resposta como fundamento para sua decisão. Uma vez que, sempre há outros valores, interesses e condições envolvidas: o bem fundamental da saúde (vida) não pode estar restrito a essa dimensão. Em suma, não se trata de um dilema ético-moral; uma luta entre o que é bom e o que é ruim. Entre o que é justo e o que é injusto. Do ponto de vista ético esse é um dilema sem uma solução justa a priori. O fato, porém, é que o juiz precisa decidir: considerando esse aspecto, o que se defende é que ele observe a regulamentação do SUS, suas políticas públicas e outras determinações estatais, inclusive jurisprudenciais. Nesse sentido, pode-se afirmar que há um desenvolvimento adiantado do SUS em termos de regulação: leis que definem a organização do sistema, responsabilidades, inclusive sobre medicamentos, financiamento, gestão, dentre outros. Ressaltou que o poder judiciário também não está alheio a essa discussão, tendo em vista que existem espaços como o Fórum Nacional do Conselho Nacional de Justiça, Comitês Executivos Estaduais, audiência pública no Supremo Tribunal Federal, jurisprudência abrangente sobre o tema, recomendações do CNJ (notadamente a nº 31). Registrou que há sérios problemas de execução das ações e serviços de saúde, bem como problema de

financiamento. Enfatizou que a crítica à judicialização refere-se àquela que desconsidera e ignora o SUS em sua organização, o que infelizmente representa a maioria dos casos, que tem levado a um impacto muito negativo no SUS, tanto em termos financeiros como no planejamento e na sua organização, além de alimentar comportamentos socialmente indesejáveis e mesmo delituosos. E mais, potencializa um fator deletério para o sistema: o imenso poder da indústria farmacêutica. Apresentou a seguinte questão norteadora: “Se demandas judiciais justas prejudicam a gestão dos recursos, o planejamento e a produtividade do setor público, o que podem fazer as demandas mal orientadas?”. Relatou a experiência do julgamento no STF, finalizado em 13/04/2011, sobre direito a reembolso de tratamento no exterior da retinose pigmentária (RE 368.564), no qual até 2005 950 pacientes representaram um gasto de R\$ 20 Milhões, todavia, atualmente esta questão está superada. Apresentou tabela que mostra a evolução dos gastos federais referentes à compra de medicamentos e depósito judicial, enfatizando os valores gastos com medicamentos de alto custo a exemplo do Naglazyme (indicado para terapêutica de substituição enzimática prolongada em doentes com diagnóstico confirmado de Mucopolissacaridose) que representa 29,80% da participação nos gastos totais com demandas judiciais em 2010. Discorreu sobre os impactos das demandas judiciais no SUS e as consequências das mesmas que gera desorganização no Sistema. Por fim, discorreu sobre as ações do Ministério da Saúde em relação a esta problemática, são elas: Rápida regulamentação da Lei nº 12.401/11; elaboração do panorama da Judicialização da Saúde; acompanhamento dos Comitês Executivos Estaduais instalados a partir de recomendação do CNJ; CIRADS – Comitê Interinstitucionais de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde; aprimoramento da defesa técnica da União nas ações judiciais e organização de eventos.

Milton Augusto Nobre – Conselho Nacional de Justiça - Antes de entrar no mérito do debate, fez uma observação metodológica e de ordem geral, dizendo que o sistema social pode ser aberto ou fechado e tem sempre um ponto cego que, quem está dentro, não o vê. Chamou a atenção para a reflexividade no sistema e subsistema, que significa dizer que um reflete no outro. Assim, o sistema de saúde privado existe e reflete no SUS, então o grande desafio é buscar a excelência do sistema público de saúde sem o sistema privado. Nessa perspectiva, observou que nenhuma ameaça ao direito ficará sem interseção da justiça e que a judicialização é um fenômeno mundial. Disse que, no Brasil, a Justiça tem hoje *expertise* para referenciar outros países no que diz respeito a esse processo e que a Recomendação 31 orienta os corregedores no sentido de como qualificar esse tipo de demanda. Recomenda, inclusive, que se evite conceder medicamentos não autorizados e, ainda, que os gestores sejam ouvidos. Diante desse cenário, entende que os

sistemas precisam se aperfeiçoar e que não se pode tratar a saúde de um sem tratar a enfermidade de outro.

Pedro Henrique Di Masi Palheiro – Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS - Realizou apresentação na qual destacou aspectos relacionados aos motivos pelos quais ocorrem ações judiciais, sendo eles: subfinanciamento da saúde no Brasil; problemas administrativos; incorporação de tecnologias e a influencia da indústria farmacêutica. Sobre esta ultima enfatizou que “A indústria farmacêutica possui os médicos e dita o curso da educação, da pesquisa e, em última análise, da prática da medicina em níveis previamente inimagináveis”(Sarmiento, A. *The pharmaceutical industry and continuing education. JAMA.2001*). Pesquisa nos EUA demonstra que os médicos não acreditam ser influenciados pela promoção de medicamentos (61%), entretanto, ao serem questionados se acreditavam que os seus colegas eram influenciados, 84% deles acreditam que os colegas sofrem influência da propaganda. (Steinman MA, Shlipak MG, McPhee SJ. *Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions*). Discorreu sobre o núcleo de assessoria técnica em ações de saúde do estado do Rio de Janeiro, que tem como objetivo subsidiar tecnicamente os magistrados, através de pareceres técnicos, nas ações judiciais que visam o fornecimento de medicamentos, insumos para saúde, alimentos e tratamentos médicos. Apresentou a tabela que trata da distribuição das ações individuais de medicamentos segundo apreciação dos pedidos de tutela antecipada de julho de 2007 a junho de 2008 e a distribuição das ações individuais de medicamentos, segundo requerimento administrativo. Demonstrou o trâmite de análise de processos judiciais, no qual é apreciada a necessidade real, o dano ao paciente, a existência de oferta de serviço publico e só depois emitido parecer para inclusão em tratamento regular. Atualmente existem 13 varas de fazendo públicas e 20 câmaras cíveis. Demonstrou, ainda, as ações judiciais por tipo de auxílio jurídico no ano de 2010, nas quais 74% provêm da Defensoria Pública; em relação a classificação dos pedidos judiciais, que 81% são de medicamentos; Classificação dos alimentos pleiteados que tem 35% em Formula de aminoácidos; Classificação dos Medicamentos pleiteados Os itens mais pleiteados(2010) 1. Insulinas Especiais 2.Omeprazol 3.Ácido Acetilsalicílico 100mg 4.Clonazepam 5.Insulinas NPH e Regular. Apresentou, ainda, exemplos de processos judiciais com antecipação de tutela para medicamentos com indicação aprovada. Demonstrou as ações futuras e outras parcerias da secretaria de saúde como a implantação do NAT na Justiça Federal; Assessoria ao Plantão Judiciário do TJ/RJ para os pedidos de internação hospitalar em leito de UTI; Assessoria Técnica às Comarcas do Interior; Assessoria Técnica à Defensoria Pública no primeiro atendimento.

Fernanda Vargas Terrazas – Conselho Nacional de Secretários

Municipais de Saúde - A palestrante fez apresentação sobre a Lei 12.401/11 e o histórico de tramitação que inicia com PLS 338/07 – Senador Flávio Arns, PLS 219/07 – senador Tião Viana substitutivo ao PLS 338/07, rejeição do PLS 219/07; Altera a Lei no 8.080/90 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Deu ênfase aos seguintes artigos *Art. 19-M. A assistência terapêutica integral consiste em: I - dispensação de medicamentos e Produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.* **O que a nova Lei traz:** O Judiciário contará com parâmetros precisos – definidos em lei - para melhor subsidiar as ações judiciais relacionadas à saúde. Permitirá o aprimoramento da atualização periódica de tecnologias e produtos oferecidos pelo SUS; Maior agilidade do processo de atualização e incorporação – Prazo para a conclusão; Maior transparência nos processos de incorporação de novas tecnologias, produtos e serviços na rede pública de saúde e possibilidade de participação da sociedade – Controle Social.

DEBATEDORES:

Rosângela da Silva Santos - Conselheira Nacional de Saúde - Chamou a atenção com relação à responsabilidade solidária. Segundo ela, todos querem ter o direito à vida. É desumano quando o sistema não fornece os bens e serviços, uma vez que estes são pagos com impostos dos brasileiros. Falou da dificuldade de recebimento dos medicamentos e dos riscos de vida que as pessoas correm por não terem acesso ao seu medicamento. Questionou porque determinado gestor não fornece determinado medicamento e porque os dados não estão disponíveis. Para ela, a judicialização é um processo de cidadania e responsabilidade social. Disse que o sofrimento do ser humano hoje está banalizado. Informou que as Comissões do CNS se debruçaram sobre a questão da lei. Chamou atenção para o envelhecimento da população e que é preciso haver um preparo para isso. Com relação aos processos na Defensoria Pública, disse que não é fácil. Há dificuldade de acesso aos medicamentos que estão na grade do Ministério, como por exemplo, medicamentos para transplantados. Há pressão da indústria farmacêutica e que as políticas precisam ser implantadas para que a população possa cobrar os seus direitos. Enfatizou que a Política de Assistência Farmacêutica tem de ser implantada para valer os

direitos do cidadão. Disse que é preciso verificar também, a questão epidemiológica. Informou que foi autora de quase mil ações individuais e que não adianta tomar medicamento sem resolutividade. Comentou que todos podem ser vítimas amanhã se não forem solidários com o sofrimento de milhões de pessoas.

Ronald Ferreira dos Santos - Conselheiro Nacional de Saúde - Falou da sua satisfação em estar presente no evento representando os trabalhadores. Trouxe um fato sobre a questão de que hoje tudo está sendo judicializado e colocou um contra ponto concreto do que está acontecendo no seu estado. Este não está cumprindo uma determinação do judiciário em relação à greve no estado. Segundo o Conselheiro, a politização é um processo de disputas entre os interesses que se apresentam na sociedade. Informou que o CNS aprovou a Política de Assistência Farmacêutica em 2004.

5. PAINEL 2: SERVIÇO CIVIL EM SAÚDE

Coordenação: Eurídice Ferreira de Almeida – Conselho Nacional de Saúde.

Secretaria: Maria Thereza Almeida Antunes – Conselho Nacional de Saúde

Palestrantes:

- **Francisco Danilo Bastos Forte** - Deputado Federal do Estado do Ceará
- **Milton de Arruda Martins** - Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde
- **Jeanne Liliane Marlene Michel** - Coordenadora Geral de Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação
- **Francisco Batista Júnior** - Representante dos trabalhadores no Conselho Nacional de Saúde
- **Monique Alves Padilha** - Fórum Nacional de Residentes em Saúde
- **Wesley Caçador** - Associação Médica Nacional Maria Facchini

Debatedores:

- **Armando Raggio** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS
- **Juliana Conceição Dias Garcez** - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS

Milton de Arruda Martins - Ministério da Saúde - Discorreu sobre um projeto voltado para o provimento dos jovens profissionais de saúde no serviço civil, tendo como objetivo atender a população da periferia dos grandes centros e de áreas isoladas, de forma voluntária, por meio de incentivos de qualificação profissional, moradia, uma pontuação de 20% no Exame de Residência, entre outros. Informou que o provimento seria similar ao do Programa da Saúde da Família (PSF), moradia, entre outros benefícios. Afirmou que o MS deseja debater esse projeto com vários setores da sociedade e com instituições de ensino para tentar viabilizar as ações para o ano de 2012. Segundo ele, a proposta pretende aumentar a qualidade de atuação dos profissionais de saúde, bem como do atendimento da população brasileira. Em sua exposição, mencionou as intenções do Ministério da Saúde em relação ao Serviço Civil na formação específica dos estudantes de medicina. Informou sobre a alteração da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES. A mesma permite abatimento do saldo devedor do FIES aos profissionais do magistério público e médicos do programa de saúde da família; as instituições de ensino que apresentarem débitos com o INSS poderão amortizar a dívida oferecendo aos alunos o FIES. A Portaria nº 1.377 (13/06/2011) do Ministro da Saúde estabelece critérios para a definição das áreas e regiões

para retenção de médicos e das especialidades médicas prioritárias. Para o ano de 2012, seriam, especificamente, 1000 médicos, 500 enfermeiros e 350 dentistas, para o Programa de Saúde da Família. Martins ressaltou, no entanto, que há dúvidas sobre como deverá ser a aplicação do projeto nos quesitos expansão e distribuição. Ou seja, se o modelo de projeto deverá ser focado em todo país, inicialmente, ou se priorizará alguma região específica do país, a exemplo da região Norte. Quanto à distribuição, ressaltou que deverá ser debatido os critérios para a distribuição dos jovens profissionais participantes do projeto. Comentou que há um interesse indireto na fixação do profissional naquela região, mas não é o principal objetivo e que o Ministério da Saúde financiará os pontos de Telessaúde, a tutoria por parte das faculdades dando suporte aos jovens formados. Concluiu, ratificando que o projeto contempla incentivos para jovens formados, no começo da carreira profissional e com salário correspondente ao da equipe de Saúde na Família, tutoria pelo Telessaúde, proposta de emprego renovável, valorização da residência médica e supervisão.

Jeanne Liliane Marlene Michel - Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação - mencionou que o Ministério da Educação - MEC e o Ministério da Saúde - MS estão trabalhando em grande sintonia, estando bem alinhado com a ideia do MS (Serviço Civil Voluntário). O MEC é contra a obrigatoriedade ou imposição a esta proposta de prestação compulsória de serviços. Estão colocando representantes do CONASS e do CONASEMS na Comissão Nacional de Residência Médica. Alerta para um problema sério, que como acontece na residência médica e multiprofissional, por questões operacionais e de remuneração, a preceptoria deve ser mais bem reconhecida, ter gratificações ou remuneração diferenciada, tanto para docentes como para os técnicos administrativos, devendo estes últimos serem mais bem valorizados, pois há uma maior responsabilidade em acompanhar a tutoria destes recém formados. Aguarda ainda uma aprovação do Ministério do Planejamento. Temos que encontrar mecanismos de provimento para avançar neste ponto crucial. Falou da importância de apoiar os projetos da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SEGETS/MS para encontrar caminhos adequados para a sustentação técnica e acadêmica dos projetos. Lembrou que a questão da pontuação no exame de residência deverá ser acordada com as Comissões de Residência Médica e ressaltou que esse projeto permite que o jovem se capacite melhor trazendo mais qualidade para o serviço de saúde, todavia é preciso pensar também de que forma será realizada a supervisão desses jovens que estão em treinamento na residência médica e multiprofissional. Para ela, é preciso discutir de que forma a gratificação dos profissionais deverá ser equacionada também junto ao Ministério do Orçamento e Planejamento.

Francisco Batista Júnior - Conselho Nacional de Saúde - Relembrou que o debate sobre Serviço Civil em Saúde surgiu durante a realização da Caravana Nacional em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) realizada em todas as 27 unidades federativas do país, durante o ano de 2009. Falou dos problemas estruturais que o Sistema Único de Saúde enfrenta e argumentou que medidas isoladas não resolveram os problemas do SUS. Contextualizou o processo educativo fazendo um diagnóstico que retrocedeu aos anos 90, década essa regida pelo neoliberalismo e caracterizada pela desconstrução das Universidades Públicas, sob a cultura mercantilista, individualista. Fez apresentação em *power point* (Anexo 5) com propostas bem aceitas pela plateia. Apresentou um panorama da atual situação da formação profissional em saúde no país. Para o conselheiro, o cenário é de frágil formação técnica e profissional, banalização da formação universitária, repercussão negativa direta na remuneração profissional, subemprego e desemprego crescente, além de fuga de profissionais especialistas para o setor privado. Segundo ele, o modelo deve atender a proposta de carreira única no SUS e oferecer crédito diferenciado para os profissionais participantes do projeto em concursos públicos e em seleções para residência multiprofissional. Para ele, não adianta trabalhar serviço civil sem pensar em carreira única do SUS. Argumentou que a população precisa ter acesso e conhecimento sobre a importância da contratação da rede multiprofissional, tendo em vista que, além dos médicos, existem outros profissionais que fazem saúde. Defendeu que a terminologia de residência médica deveria acabar e perpetuar a nomenclatura “residência multiprofissional em saúde”, acrescentando que o serviço civil é também qualificação profissional para todos os profissionais e pelo período de 01(um) ano, prioritariamente no mesmo local de formação. Sugeriu uma carreira única no SUS, pactuada entre as 03(três) esferas de governo, garantia de autonomia da contratação e outros. Defendeu, ainda, o processo permanente de formação de gestores, autonomia administrativa e financeira dos serviços, profissionalização da gerência e da gestão, fortalecimento e estruturação e ampliação pactuada da rede pública em todos os níveis de atenção. Para Batista Júnior, o principal benefício do serviço civil é que esta modalidade é a caracterização da equipe multiprofissional para a população.

Monique Alves Padilha - Fórum Nacional de Residentes em Saúde - Explicou o sentido da existência do Fórum do qual faz parte, trazendo algumas reflexões sobre o serviço civil, levantados em evento organizado pelo Fórum, no mês de junho. Assim, apresentou algumas questões norteadoras: como será a remuneração? Que tipo de qualificação vai ter este profissional? Qual título sairá no final? Que classes profissionais irão participar? Como estimular os estudantes a se inscreverem nestes programas? Qual o impacto real do serviço civil? Por que não estimula residências em saúde da família pelo país? Esclareceu que o Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) é uma articulação

entre residentes de todo o país e visa promover um espaço de troca de ideias e experiências entre residentes multiprofissionais e profissionais da área de saúde. Informou que o Fórum Nacional de Residentes em Saúde propõe a inclusão e estímulo nas grades curriculares e projetos políticos pedagógicos de conteúdo que contemplem o SUS; garantia da supervisão e apoio acadêmico aos residentes, estímulo do Programa de Educação Tutorial (PET) Saúde; VER-SUS e residências multiprofissionais. Questiona se o serviço civil voluntário em saúde vem resolver o problema do profissional no SUS? O Fórum não vê com bons olhos a questão da obrigatoriedade do Serviço Civil. Tem que haver concursos públicos de maneira ampliada a outras profissões. (ver apresentação) Em seu pronunciamento, defendeu a necessidade de realizar um plano de ação que contemple questões além do serviço civil, ou seja, que perpassasse a graduação, identificando aspectos críticos de adesão de profissionais no local de trabalho e estabelecendo formas de estímulo no Sistema Único de Saúde como um todo.

Wesley Soares Caçador - Associação Médica Nacional - Apontou como um caminho para o SUS a qualificação e valorização dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais. Reportou-se a experiência pioneira do serviço civil em saúde de Cuba, que tem duração de 02(dois) anos. Posteriormente, citou modelos similares de países da América Latina, tais como: Venezuela, Honduras, Guatemala, Colômbia e Peru, que contam com experiências nessa área. Informou que em Cuba e Venezuela, houve uma priorização na formação dos médicos na Atenção Primária. Argumentou que no Brasil é preciso modificar o modelo de priorização da assistência em saúde, focando mais na Atenção Básica. Para ele, é necessário inverter o modelo da ótica atual de gestão e investir mais na qualificação e valorização das equipes multiprofissionais na Estratégia de Saúde da Família - ESF.

Deputado Federal Danilo Fortes – Deputado Federal – Relator do Projeto de Lei nº 2.598/2007 - O Deputado é relator na Comissão de Seguridade Social e Família, do Projeto de Lei nº 2.598/2007 de autoria do Deputado Geraldo Rezende, que obriga os estudantes de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional, que concluírem a graduação em instituições públicas de ensino ou em qualquer instituição de ensino, desde que custeados por recursos públicos, a prestarem serviços remunerados em comunidades carentes de profissionais em suas respectivas áreas de formação. Chamou atenção em relação à saúde indígena, como importante ponto para avançar no modelo de acesso universal garantido pelo SUS em nosso país. Como ele está tomando ciência do PL nº 2.598, ainda está muito cedo para ele expressar ou fazer alguma colocação mais aprofundada neste aspecto, mas relembra que precisamos avançar e reforçou superficialmente alguns pontos de melhoria de gestão na

saúde, mesmo que neste seminário não é o foco do debate. Informou que apresentou requerimento parlamentar solicitando audiência pública para debater o referido tema, com previsão para agosto/2011. O parlamentar, concluiu, lembrando os benefícios que o projeto pode trazer para populações indígenas e quilombolas e ressaltando a necessidade de profissionais qualificados para a revitalização do SUS.

Logo após as apresentações, passou-se a palavra para a Coordenadora da Mesa, a Conselheira Nacional de Saúde **Eurídice Ferreira de Almeida**, que esclareceu que a metodologia do debate seria realizada em um único bloco de perguntas e intervenções dos participantes e com tempo limite de 2 minutos para cada participante. Em seguida, os debatedores do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), **Armando Raggio**, e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), **Juliana Dias Garcez**, discorreram sobre o aspecto da gestão para a viabilização da proposta nos estados e municípios do país. Para Garcez, essas ações vão acontecer no âmbito local e o debate precisa chegar aos gestores municipais e estaduais e trabalhadores da saúde, assim como, o ponto da contratação, já que os municípios contam com recursos limitados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA MESA

Milton de Arruda Martins, representante do Ministério da Saúde, agradeceu as contribuições de todos e informou que o tema deverá ser debatido em diversos fóruns, entidades e movimentos sociais, com a participação do controle social. A questão da obrigatoriedade está sendo discutida no Congresso Nacional e não queremos esperar. Os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde é que determinam o número de vagas para o Município e Estado dentro do projeto educacional do país.

Jeanne Liliane Marlene Michel (Comissão Nacional de Residência Médica e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional do Ministério da Educação) ratificou, com grande ênfase, a importância da residência médica e a valorização das equipes multiprofissionais. Enfermeira e coordenadora de todas as residências trabalha com a regulação de todas as residências médicas. Criou a residência multiprofissional nos hospitais universitários federais, para atender às urgências e às emergências. Com relação à medicina de família e comunidade, defendeu ampliar as vagas destinadas a pediatria, ginecologia e obstetrícia, entre outros. Registrou importante mudança de vetor na formação do profissional de saúde e que houve ação importante entre MEC e MS. Enfatizou várias ações para fortalecer as áreas da saúde e valorizar a Atenção Básica, mencionou o Programa de Educação Tutorial (PET), que coincide com o aumento da entrada de mais categorias profissionais.

Francisco Batista Júnior – Conselheiro nacional do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e representante do segmento dos trabalhadores, disse que o Serviço Civil em Saúde não pode ser entendido como mão de obra barata. Argumentou que o debate sobre serviço civil é ideológico. Mencionou que a reforma do Bresser Pereira foi derrotada nas urnas, mas o ideário continua sendo debatido. Disse que o grande trunfo é definitivamente a valorização de todos os profissionais e que no dia que a população compreender a importância da equipe multiprofissional de saúde, parte do problema será resolvido.

Monique Alves Padilha representante do Fórum Nacional de Residentes em Saúde, comentou sobre a necessidade em estimular a residência na atenção primária. Registrou a diferença existente entre residência médica e multiprofissional. O serviço civil deve ocorrer dentro de um plano de ação. **Wesley Soares Caçador**, representante da Associação Médica Nacional – Maria Facchini mencionou a existência de um gargalo nos recursos humanos. Defendeu que o serviço civil tem que ser obrigatório. **Deputado Federal Danilo Fortes**, relator na Comissão de Seguridade Social e Família, agradeceu a todos e falou sobre o grande compromisso social, considerando a luta política que vem pela frente, destacando que a audiência pública foi aprovada pela Comissão Seguridade Social e Família.

Armando Raggio- Conselho Nacional de Secretários de Saúde – reportou a grande experiência com esse debate. Expressou ainda que espera que tenhamos serviço civil para a comunidade. **Juliana Conceição – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde**- agradeceu o convite e falou da urgência de se estabelecer o serviço civil em saúde.

6. PROGRAMAÇÃO

07 de Julho de 2011

❖ **Mesa de Abertura**

❖ **Painel 1 – Demandas Judiciais no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**

Coordenação: Clovis Adalberto Boufler – Conselho Nacional de Saúde

Secretaria: Geraldo Alves Vasconcelos – Conselho Nacional de Saúde

Palestrantes:

- Jean Keiji Uema – Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde
- Pedro Henrique Di Mazi Palheiro - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- Fernanda Vargas Terrazas – Conselho Nacional de Secretarias Municipais
- Milton Augusto Nobre – Conselho Nacional de Justiça

Debatedores:

- Rosângela da Silva Santos – Conselho Nacional de Saúde
- Ronald Ferreira dos Santos – Conselho Nacional de Saúde

❖ **Debate**

❖ **Plenária Final sobre Demandas Judiciais no âmbito do Sistema Único de Saúde**

08 de Julho de 2011

❖ **Painel 2 - Serviço Civil em Saúde**

Coordenação: Eurídice Ferreira de Almeida - Conselho Nacional de Saúde

Secretaria: Maria Thereza Almeida Antunes - Conselho Nacional de Saúde

Palestrantes:

- Francisco Danilo Bastos Forte – Deputado Federal
- Francisco Batista Junior - Conselho Nacional de Saúde
- Milton de Arruda Martins – Ministério da Saúde
- Jeanne Liliane Marlene Michel – Ministério da Educação
- Monique Alves Padilha - Fórum Nacional de Residentes em Saúde
- Wesley Soares Caçador – Associação Médica Nacional

Debatedores:

- Armando Raggio - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- Juliana Conceição Dias Garcez - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

❖ **Debate**

❖ **Plenária Final sobre Serviço Civil em Saúde**

7. EQUIPE TÉCNICA

PRESIDENTE:

Alexandre Rocha Santos Padilha

MESA DIRETORA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE:

Alexandre Rocha Santos Padilha

Beatriz Figueiredo Dobashi

Clóvis Adalberto Bouffleur

Francisco Batista Júnior

José Marcos de Oliveira

Jurema Pinto Werneck

Maria do Socorro de Souza

Ruth Ribeiro Bittencourt

SECRETARIA EXECUTIVA DO CNS:

Rozângela Fernandes Camapum

ASSESSORA TÉCNICA NORMATIVA:

Gleisse de Oliveira de Castro

ASSESSORIA TÉCNICA:

Waleska Batista Fernandes

EQUIPE DE RELATORIA:

Alexandre Magno Lins

Ana Cristhina de Oliveira Brasil

Anapaula Martins da Silva

André Luís de Oliveira

Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza

Maria Camila Faccenda

Maria das Vitorias Albuquerque de Oliveira

Tânia Lúcia de Castro Tanajura

Vivian Diniz Gondim

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE:

Renata Mendes

Denise Miranda

Karla Lucena

Monique Maia

Willian Barreto

Wilany Santos

COLABORADORES:

Sylvio da Costa Junior

Francisca Auri de Paiva

Alessandra Giseli Matias

Victor Hugo Martins da Silva

Maicon Vinicius de Camargo

Thaylla Tobias da Silva

Anna Carolina Pereira Marques

Neide Rodrigues dos Santos