



Ata da 445ª Reunião Ordinária do CES/PE

Conselho Estadual de Saúde – CES/PE

1 Aos oito dias do mês de outubro de dois mil e catorze, às nove horas e quarenta e
2 dois minutos, teve início a quadringentésima quadragésima Quinta Reunião Ordinária
3 do Conselho Estadual de Saúde - CES/PE, localizado a Rua João Fernandes Vieira, 518
4 - Boa Vista – Recife - PE. **Presentes as entidades e respectivos representantes:** José
5 Marcos da Silva- Trabalhador- CREFONO 4ª REGIÃO – Conselho Regional de
6 Fonoaudiologia- Suplente; Valderlene Guimarães Santos- Trabalhador- CREFITO 1ª
7 Região – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional- Titular; Adriano
8 Martins Dantas- Trabalhador- SINDACS/PE – Sindicato dos Agentes Comunitários de
9 Saúde do Estado de Pernambuco- Titular; João Batista Fortunato- Trabalhador-
10 SINDSAÚDE – Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Seguridade Social do Estado
11 de Pernambuco- Titular; Jássimo Bartolomeu dos Santos- Trabalhador- SINDSAÚDE –
12 Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Seguridade Social do Estado de
13 Pernambuco- Suplente; José Francisco de Assis Barbosa- Trabalhador- SINDSEP/PE –
14 Sindicato dos Servidores Públicos Federais no Estado de Pernambuco- Titular; Neide
15 Pereira dos Santos- Trabalhador- SINDSEP/PE – Sindicato dos Servidores Públicos
16 Federais no Estado de Pernambuco- Suplente; Iacelys Maria Santana de Carvalho-
17 Trabalhador- SINDSPREV/PE – Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais da
18 Saúde e Previdência Social do Estado de Pernambuco- Suplente; Antônio Rosildo de
19 Mendonça- Trabalhador- SINDUPE - Sindicato dos Servidores da Universidade de
20 Pernambuco- Titular; Romero Márcio Nogueira Dias- Trabalhador- CRO/PE –
21 Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco- Suplente; Hermias Veloso da
22 Silveira Filho- Trabalhador- SINFARPE - Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de
23 Pernambuco- Titular; Armando Luiz Arantes de Moura- Trabalhador- CRF – Conselho
24 Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco- Suplente; Antônio Ricardo
25 Herculano da Silva- Usuário/Mov. Popular- Movimento Negro Unificado – MNU-
26 Titular; Erivânia Ferreira da Silva- Usuário/Portador de Deficiência- Associação dos
27 Deficientes Visuais do Agreste Meridional de Pernambuco – ADVAMPE- Titular; Lúcia
28 Maria de Lira e Silva- Usuário/Trab. Rural- Federação dos Trabalhadores na
29 Agricultura do Estado de Pernambuco- Suplente; Euclides Monteiro Neto-
30 Usuário/Meio Ambiente- Instituto Pró-Cidadania- Titular; Luiz Nelson França-



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

31 Usuário/Centrals Sindicais- União Geral dos Trabalhadores UGT –PE- Titular; José
32 Cícero do Monte- Usuário/Centrals Sindicais- Nova Central Sindical de Trabalhadores
33 de Pernambuco – NCST/PE- Titular; Sônia Maria de Oliveira Pinto- Usuário/Mulheres-
34 CEPAS – Centro de Ensino Popular e Assistência Social do Estado de Pernambuco
35 Santa Paula Frassinetti – Suplente; Antônia Veloso Vieira- Usuário/Idoso/a-
36 Congregação de Assistência Social das Irmãs de Nossa Senhora da Glória- Titular;
37 Isabel Macedo Rodrigues- Usuário/Sertão- Recanto Madre Paulina – Instituto de
38 Saúde Holística Madre Paulina- Titular; Ubirajara Alves de Lima- Usuário/Zona da
39 Mata- Círculo Operário de Nazaré da Mata- Titular; José Alves de Andrade-
40 Usuário/Zona da Mata- Círculo Operário de Nazaré da Mata- Suplente; Gildark de
41 Robson Barros- Usuário/Indígena- Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDI-
42 Suplente; Maria Inêz Petesburgo- Prestador/Privado- Associação Nordestina de
43 Hospitais- Suplente; Domício Aurélio de Sá- Prestador/Inst. Ensino- Centro de
44 Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ- Titular; Ana Maria Martins César de
45 Albuquerque- Gestor- SES/PE - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco - Titular;
46 Ana Cláudia Callou Matos- Gestor- SES/PE - Secretaria Estadual de Saúde de
47 Pernambuco- Suplente; Jany Welma de Sá Albuquerque - Gestor- SES/PE - Secretaria
48 Estadual de Saúde de Pernambuco - Titular; Inês Eugênia Ribeiro da Costa - Gestor-
49 SES/PE - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco- Suplente; Everaldo Batista
50 Rocha- Gestor- Secretaria Estadual de Planejamento e Desenvolvimento Social-
51 Titular; Alberto Luiz Alves de Lima - Gestor- Conselho de Secretários Municipais de
52 Saúde – COSEMS- Suplente. Após as saudações e na Coordenação da mesa, Dra. Ana
53 Maria Albuquerque, presidente do CES/PE fez a leitura da pauta: **Abertura da Sessão;**
54 **Justificativa das ausências; Consulta ao plenário sobre a programação da pauta da**
55 **Reunião Extraordinária do dia 29/10/14 (Demandam as Comissões Hemope e**
56 **Assessoramento). Mesa 01:** Redes Estadual e Municipais de Saúde x Modelo de
57 **Gestão; Expositores (as) (30 min cada);** Secretaria Estadual de Saúde de PE; Centro
58 de Pesquisa Aggeu Magalhães; **Debatedores (as) (15 min cada);** CES/PE (usuário ou
59 trabalhador); Frente Nacional Contra a Privatização do SUS; **Debate;**
60 Cada questionamento/posicionamento terá até 03 (três) minutos; Serão dois blocos
61 de até 10 inscrições e um bloco de 05 inscrições, totalizando no máximo 25
62 inscrições; As respostas da mesa serão realizadas após cada bloco; **Mesa 02:**
63 **Arcabouço Legal; Expositor (a) (30 min);** Ministério Público Federal; **Debatedores**
64 **(as) (15 min cada);** Ordem dos Advogados do Brasil/PE; Tribunal de Contas da União;
65 Conselho Nacional de Saúde; **Debate;** Cada questionamento/posicionamento terá



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

66 até 03 (três) minutos; Serão dois blocos de até 10 inscrições e um bloco de 05
67 inscrições, totalizando no máximo 25 inscrições; As respostas da mesa serão
68 realizadas após cada bloco; **Encaminhamentos do CES/PE e encerramento. Na**
69 **sequência Justificaram as ausências:** Ivonete Maria Batista- Trabalhador-
70 SINDSPREV/PE – Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais da Saúde e
71 Previdência Social do Estado de Pernambuco- Titular; Maria Rita Valera Vieira-
72 Usuário/Patologia- Associação de Amigos de Transplantes de Medula Óssea – ATMO-
73 Suplente; Maria de Fátima Menezes da Silva- Usuário/Meio Ambiente- Instituto Pró-
74 Cidadania- Suplente. Após a abertura Dra. Ana Maria consultou quanto à
75 possibilidade do pleno **acatar** incluir na **programação da pauta da Reunião**
76 **Extraordinária do dia 29/10/14, demanda das Comissões Hemope e**
77 **Assessoramento. Acatado.** Na continuidade **Mesa 01:** Redes Estadual e Municipais
78 de Saúde x Modelo de Gestão. Iniciando Dra. Ivette Maria Buriel de Macêdo,
79 Secretária Executiva de Atenção à Saúde esclareceu que foi incluída na apresentação
80 a rede complementar por solicitação do pleno, e por tratar de uma reunião extensa e
81 com vários convidados, prepararam pequeno resumo em relação às características
82 de Pernambuco, onde possuíam uma área de mais de vinte e oito mil quilômetros
83 quadrados, e população de nove milhões de habitantes. Destacou a importância de
84 registrar que a mortalidade infantil no ano de dois mil era trinta e quatro óbitos por
85 mil habitantes, e em dois mil e dose a mortalidade caiu para 16.1% por nascido vivo.
86 Rede Estadual de Saúde- Modelo de Gestão; Características: Área: 98 311,616 Km²-
87 População: 9.208.551 hab., Municípios: 185, PIB: R\$ 78,428 bilhões, PIB per capita:
88 R\$ 11.776,10, Esperança de vida: 71,1 anos, Mortalidade inf.: 18,5%
89 nasc.,Analfabetismo: 16,7%, IDH: 0,673. As redes de atenção à saúde; componentes e
90 interfaces da rede de atenção às urgências e emergências. Fonte: Portaria GM/MS
91 1.600 – 07/07/2011: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Primária em
92 Saúde; SAMU 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de
93 Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; UPA 24h e o conjunto de serviços de
94 urgência 24h; Hospitalar; Atenção Domiciliar. Rede de Atenção às Urgências; fluxo
95 assistencial; Política de Recursos Humanos, a remuneração SES é composta por:
96 Vencimento; Adicional de Risco e Plantão; Gratificação por Desempenho; PCCV
97 (ciclos só para médicos); Gratificação de Perigo Laboral (exceto médicos); Vale
98 alimentação (exceto médicos). Qualificação – formação para o SUS: Vagas de Estágio;
99 Vagas de Residência Multiprofissional; Vagas de Residência Médica. Provisão para as
100 unidades sob gestão direta; gratificação por desempenho – unidades sob gerência



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

101 direta; Gratificação por desempenho – unidades sob gerência OSS; Gratificação por
102 desempenho – unidades sob gerência direta; Educação Permanente- Ações
103 promovidas pela SES com inclusão de representantes das OSS. Curso Avançado de
104 Síndrome Coronariana Aguda; 784 alunos, em 38 turmas de 20 alunos, dos quais 420
105 alunos oriundos das 15 UPAS, Mestre Vitalino, Pelópidas, D. Malan, D. Hélder, Miguel
106 Arraes. Assistência ao paciente com Dengue: Recursos Descentralizados para as
107 GERES e municípios; Fortalecimento da Escola de Saúde Pública; Formação para o
108 SUS; recursos humanos: gerência estadual; gerência OS; hospitais; gerência OS –
109 UPAE. Gestão própria – gerência os- marcos legais: Constituição Federal- Lei Federal
110 nº 8.080/90 – Lei Orgânica do SUS; Lei Federal nº 9.637/98 – Qualificação das
111 Organizações Sociais; Lei Estadual nº 15.210/13 – Dispõe sobre as Organizações
112 Sociais de Saúde – OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco; Premissas do Modelo:
113 Gestão e Regulação exclusivas da Secretaria Estadual de Saúde. O Estado planeja,
114 fiscaliza e monitora os resultados; Patrimônio permanece público e incorpora
115 melhorias. Contratação de Organização Social através de Processo Seleção Pública.
116 Critérios da Seleção: Entidade de direito privado sem fins econômicos, qualificada ou
117 que pretenda qualificar-se como Organização Social; Análise da Proposta de Trabalho
118 (peso na avaliação 70%); Análise da Proposta financeira (peso na avaliação 30%).
119 Contrato de gestão- Sistema de pagamento- Parte fixa - que corresponde a 70%;
120 Parte variável - que corresponde 30% (20% produção e 10% indicadores de
121 qualidade). Prestação de Contas- Resultado Contábil Financeiro – Mensal- Recursos
122 Humanos- Notas Fiscais - Contratos Serviços Terceirizados. Sistema de
123 Monitoramento dos Contratos: Mensal, Trimestral, Anual. Relatório de Avaliação do
124 Contrato de Gestão. Publicação balanço patrimonial; contrato de gestão-
125 indicadores- hospitais- UPAS; UPAE- indicadores de produção- indicadores de
126 qualidade. Gestão própria – gerência direta- monitoramento dos indicadores: Tempo
127 Médio de Permanência; Produção Cirúrgica; % de Urgências com Internação; Taxa de
128 Ocupação; Taxa de Mortalidade Hospitalar. Gastos hospitalares – Rede própria;
129 Convênios com Municípios - unidades hospitalares – hospitais filantrópicos –
130 hospitais de ensino. Perfil x Porte: UPAE Porte I; UPAE Porte II; Meta UPAE; Produção
131 UPAE; produção x demandas ouvidoria- hospitais outros investimentos- hospitais
132 mata sul; rede hospitalar. Na sequência Dr. Garibaldi Gurgel, representante do
133 Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães após saudações e agradecimento ao convite,
134 observou que inicialmente pensou em falar sobre a reforma de estado e setor saúde,
135 e estava definindo uma posição mais clara em relação às pesquisas estudando o setor



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

136 e processos políticos subjacentes da disputa de projetos em curso, contextualizado
137 dentro da esfera maior da reforma de estado e identificando como alteravam a
138 política de estado em cada país, e como se organizavam para articular os sistemas de
139 saúde que davam conta da política. Em apresentação abordou as falhas de mercado;
140 lei da oferta e procura; consumidor racional e bem informado; gastos catastróficos;
141 externalidades; limitações estruturais; rigidez comando e controle hierárquico;
142 produtividade e qualidade. Dentre falhas da governança destacou a cooperação e
143 competição; livre provimento e planejamento. Sistema de saúde: usuário; provedor;
144 terceiro pagador. Reformas guiadas pela eficiência; Risco moral: provedor induz
145 demanda; usuário induz demanda. Queda da eficiência alocativa, incentivos e volume
146 sensível. Seleção adversa: risco sobre o provedor. Configurações institucionais - 30
147 possibilidades. Meta-governança: Arranjo institucional dando conta da complexidade
148 das relações público e privado, visando rearticular papéis e instituições e criar novos
149 órgãos para regulação, planejamento, coordenação, controle e avaliação dos agentes
150 que atuam no complexo produtivo da saúde. Arranjo institucional complexo;
151 aumento do custo das transações. Finalizando as recomendações: Não precisa mudar
152 necessariamente a natureza das organizações já existentes; para o cidadão interessa
153 resolver seu problema, não a natureza jurídica ou o modelo organizacional e de
154 gestão; alterações na lei, nos aspectos cabíveis, para contornar as dificuldades
155 encontradas; utilizar todo espectro de possibilidades de arranjos institucionais, de
156 acordo com a estratégia necessária, para reduzir a possibilidade de falhas; levar as
157 instituições da rede para o quadrante um. Na continuidade da pauta **Debatedores da**
158 **CES/PE**. Iniciando Conselheiro Hermias Veloso agradece a todos pela disponibilidade,
159 e esclarece que a discussão do tema havia iniciado em reunião plenária anterior e
160 devido ao falecimento do ex governador de Pernambuco foi cancelada. Dando início
161 à apresentação o conselheiro colocou SUS privatizado: terceirizações de serviços, de
162 mão de obra, contratos temporários (seleção simplificada), precarização. Observou o
163 SUS atual tinha sido caracterizado pela precarização da mão de obra, contratações
164 temporárias, realizações de seleções simplificadas, não realização de concurso
165 público ou quando realizado, o mesmo era feito levando-se em conta um Plano de
166 Cargos, Carreira e Vencimento totalmente desatualizado, paralelamente os governos
167 realizam a terceirizações dos serviços de saúde (atividades fim e meio) ou na maioria
168 dos casos realizam a simples transferências dos serviços públicos para as iniciativas
169 privadas. E que a terceirização era a descentralização de serviços da atividade-fim ou
170 meio da administração pública para uma empresa privada que os executará como



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

171 sua atividade fim. Apresentou a base legal: a) Serviço público, (investidura por
172 concurso público). O Art. 37 -. A administração pública direta e indireta de qualquer
173 dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá
174 aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e,
175 também, ao seguinte: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº19, de 1998);
176 inciso II – cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso
177 público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade
178 do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo
179 em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração; (Redação dada
180 pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998); Inciso IX - a lei estabelecerá os casos de
181 contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de
182 excepcional interesse público; Lei 8.745, de 09/12/2013, regulamenta o inciso IX do
183 Art. 37 da CF (excepcional interesse público), só no inciso II do Art. 2º fala de
184 “assistência a emergências em saúde pública”, nos demais artigos não justifica a
185 festança de contratações na administração pública por tempo determinado, as
186 famosas “seleções simplificadas” e terceirizações de mão de obras em áreas fins;
187 (Desvio constitucional); b) Terceirizações de serviços no SUS (de forma não
188 complementar, desvio de recursos público, desvio constitucional, ilegalidade,
189 inconstitucionalidade). CF, Art. 175 - Incumbe ao Poder Público, na forma da lei,
190 diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação,
191 a prestação de serviços públicos; CF, Art. 196.- A saúde é direito de todos e dever do
192 Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do
193 risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e
194 serviços para sua promoção, proteção e recuperação (obrigação da prestação direta
195 pelo Estado); CF, Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde,
196 cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação,
197 fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de
198 terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado; CF, Art. 198,
199 inciso III – participação da comunidade (controle Social, diretriz do SUS); Art. 199 -. A
200 assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão
201 participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes
202 deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as
203 entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos; Lei 8.080/90, Art. 4º - O conjunto de
204 ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais,
205 estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

206 pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS); § 1º Estão incluídas no
207 disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de
208 controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de
209 sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde; § 2º A iniciativa privada
210 poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar; Lei
211 8080/90, Art. 7º, inciso VIII - trata dos princípios e diretrizes do SUS, tratado no Art.
212 198 da CF, participação da comunidade; Lei 8.080, de 19/09/1990, Art. 24.- Quando
213 as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à
214 população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá
215 recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada; Portaria MS nº 1.034, de
216 05/05/2010, dispõe sobre a participação de forma complementar das instituições
217 privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema
218 Único de Saúde- SUS, regulamentando de certa forma o Art. 24 da Lei 8.080/90. O
219 art. 2º informa que quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a
220 cobertura assistencial à população de uma determinada área, o gestor estadual ou
221 municipal poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à
222 saúde, desde que: I- comprovada a necessidade de complementação dos serviços
223 públicos de saúde e, II- haja a impossibilidade de ampliação dos serviços públicos de
224 saúde; Os governos estaduais e municipais sucateiam os serviços públicos de saúde e
225 investem nas contratações de serviços privados, passando o serviço público de saúde
226 a ser complementar e na maioria das vezes, simplesmente fecham os mesmos e o
227 transferem para as iniciativas privadas, num festival de desvio de recursos financeiros
228 do Sistema Único de Saúde. A armação e o grande imbróglio (Desvios
229 constitucionais): Mentor intelectual – FMI; Executor físico – FHC - Plano Diretor de
230 Reforma do Estado: a) núcleo estratégico (três poderes e o Ministério Público); b)
231 atividades exclusivas (impostos, polícia, fiscalização, etc); c) serviços não exclusivos
232 (educação, saúde etc); d) produção de bens e serviços para o mercado (atividades
233 econômicas, , o lucro e as áreas de atuação das empresas); Lei de Responsabilidade
234 Fiscal (LRF) – Lei Complementar 101, de 04/05/2000; Art. 2º - Para os efeitos desta
235 Lei Complementar, entende-se como: Inciso IV - receita corrente líquida: somatório
236 das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de
237 serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidos:
238 Art. 18 (Despesa com pessoal) - Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se
239 como despesa total com pessoal: o somatório dos gastos do ente da Federação com
240 os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

241 ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies
242 remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios,
243 proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações,
244 horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais
245 e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência; § 1º do Art. 18 - Os
246 valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição
247 de servidores e empregados públicos serão contabilizados como "Outras Despesas de
248 Pessoal". Assistência Farmacêutica Integral (constitucional, regulamentação). CF, Art.
249 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e
250 hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as
251 seguintes diretrizes: inciso II - atendimento integral, com prioridade para as
252 atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; Lei 8080, 19/09/1990,
253 Art. 6º - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):
254 I - a execução de ações: d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
255 Arts 19-M a 19-U, da Lei 8.080; dispõe sobre assistência terapêutica integral,
256 inclusive farmacêutica; Lei 12.401, de 28/04/2011, altera a Lei 8.080 de 19 de
257 setembro de 1990, para dispor sobre assistência terapêutica e a incorporação de
258 tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Quanto ao uso racional do medicamento no
259 SUS público, disse entender que havia uso racional de medicamentos quando
260 pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em
261 quantidade e doses adequadas às suas necessidades individuais, nos serviços
262 hospitalares e ambulatoriais, por um período adequado e ao menor custo para si e
263 comunidade (Organização Mundial da Saúde). Dentro daquele conceito, entendiam o
264 Ciclo da Assistência Farmacêutica da seguinte forma: Seleção - era um processo de
265 escolha de medicamentos, baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e
266 econômicos, estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), com
267 base na RENAME, visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos
268 com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas,
269 direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas; Programação
270 – definir a quantidade a ser adquirida para atendimento dos serviços de saúde por
271 determinado período de tempo. Feita sem informação e de forma inadequada,
272 reflete negativamente no abastecimento e no acesso ao medicamento; Aquisição –
273 Conjunto de procedimentos que inicia-se na programação, passa pelo crivo da
274 Secretaria de Saúde, da Procuradoria, das Comissões de Licitações e
275 acompanhamento do farmacêutico em todas etapas, inclusive com parecer técnico,



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

276 com objetivo de suprir as necessidades, com qualidade, menor custo e manter a
277 regularidade do abastecimento; Armazenamento/Estocagem - Conjunto de
278 procedimentos técnicos e administrativos que tinha por finalidade assegurar as
279 condições adequadas de conservação dos produtos, permitindo também realizar o
280 controle dos recebimentos, validade, empenhos, saldo de licitações, etc; Distribuição
281 - Consistia no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade
282 certa, qualidade e tempo oportuno. A distribuição de medicamentos devia garantir
283 rapidez e segurança na entrega, eficiência no controle e informação; Dispensação -
284 era o ato profissional farmacêutico, que consistia em proporcionar um ou mais
285 medicamentos, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um
286 profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre
287 o uso adequado do medicamento; Informação - era uma das novas fases deste ciclo,
288 que por sua vez permitia inserção de outras duas novas fases no Ciclo da Assistência
289 Farmacêutica, o controle e avaliação, ratificando dessa forma a Assistência
290 Farmacêutica como Política de Saúde, inserida e pilar para o êxito das demais
291 Políticas de Saúde e Modelo de Saúde, permitindo o gerenciamento pelo
292 farmacêutico e gestor de toda logística, do custeio, dos dados epidemiológicos,
293 metas alcançadas e ao alcançar nos programas de saúde, bem como avaliar o
294 cruzamento de pacientes em diversos programas de saúde, possibilitando em tempo
295 real fazer o controle do abandono de tratamento dos pacientes nos Programas de
296 Saúde tais como Tuberculose, Hanseníase e AIDS, propiciando ainda a realização de
297 auditoria em qualquer das fases do novo Ciclo da Assistência Farmacêutica. Esta fase
298 estava sendo propiciada pelo Ministério da Saúde gratuitamente aos municípios e
299 Estados através do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica –
300 HÓRUS, onde o Recife dispõe do HÓRUS/Recife, descaracterizando assim a
301 necessidade de compras de sistema de informação na área da Assistência
302 Farmacêutica, bem como de contratação de empresas logística pelos gestores
303 públicos; Controle – era uma nova fase do Ciclo da Assistência Farmacêutica
304 propiciada pelo sistema de informação (HÓRUS) que permitiria ao farmacêutico
305 controlar toda Assistência Farmacêutica, em qualquer de suas fases; Avaliação – era
306 também uma nova fase, propiciada pelo Sistema HÓRUS através de seus relatórios
307 permite definir e avaliar com segurança as metas dos Programas de Saúde, avaliar a
308 Política de Assistência Farmacêutica como um todo, ratificando dessa forma a
309 Assistência Farmacêutica como Política de Saúde. O novo ciclo com a inserção da
310 informação, controle e avaliação, seria ferramenta importantíssima para inclusão da:



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

311 Atenção Farmacêutica, no sentido de auxiliar na promoção do uso racional, na
312 efetividade e segurança do tratamento; Farmácia Clínica, na atividade voltada ao
313 paciente ou orientação a outros profissionais clínicos no uso correto do
314 medicamento; Farmacoeconomia, na eficácia, qualidade e acesso; Farmacovigilância,
315 na detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou outros
316 problemas relacionados ao medicamento; Todo esse novo ciclo garante com certeza
317 o uso racional do medicamento, porém só é viável dentro do SUS Público. Quanto ao
318 uso Irracional do Medicamento no SUS Privado entendia que havia uso irracional do
319 medicamento quando pacientes não recebem medicamentos apropriados para suas
320 condições clínicas, em quantidade e ou doses adequadas às suas necessidades
321 individuais, nos serviços hospitalares e ambulatoriais, Dentro deste conceito,
322 entendiam o Ciclo da Assistência Farmacêutica da seguinte forma: seleção,
323 programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Seguindo
324 colocou ainda que no SUS Privado o Ciclo da Assistência Farmacêutica era totalmente
325 descaracterizado, apenas a fase da Seleção pode se manter intacta, porém seu
326 funcionamento era prejudicado pelo não funcionamento das demais fases a seguir:
327 As fases da Programação e Aquisição ficam prejudicadas pela falta de informações ou
328 pela informações incorretas; As fases de Armazenamento e distribuição são
329 terceirizadas para empresas de logísticas, deixam de ser pública, levando a
330 desorganização, falta de medicamentos nos serviços das farmácias hospitalares e
331 ambulatoriais e acarretam desvio de recursos públicos do SUS; A fase de dispensação
332 funciona de maneira precária, com falta ou inexistência de medicamento,
333 caracterizando o não acesso ao medicamento; As fases de Informação, Controle e
334 Avaliação deixam de existir ou passam a existir precariamente; Tal Ciclo caracterizado
335 pelo SUS Privado, praticado abertamente no Governo Estadual de Eduardo Campos e
336 de outros governos, através das terceirizações das gestões hospitalares, da logística
337 da Assistência Farmacêutica, como aconteceu recentemente na Secretaria De Saúde
338 do Recife, sem necessidade, sem processo licitatório, a um custo superior a R\$
339 7.000.000,00/ano, acarretando a desorganização da Assistência Farmacêutica, não
340 acesso ao medicamento, descontinuidade de tratamento, maior número de
341 internamentos e óbitos, maior custo da saúde, terceirizações da mão de obra ao
342 invés de concurso público, desvio violento de recursos financeiros do Sistema Único
343 de Saúde e a prática do Uso Irracional do Medicamento, um SUS Privado, sem
344 eficácia, nem eficiência. Observou que no Código Penal, Art. 331 – Desacatar
345 funcionários públicos no exercício da função ou em razão dela: Pena de detenção de



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

346 seis meses a dois anos, ou multa. Finaliza questionando, deixar faltar medicamento
347 nas farmácias ambulatoriais, hospitalares e em pronto atendimento, não implantar
348 sistema de informação público (software) na Assistência Farmacêutica (quando fazia
349 era privado, reduzindo as informações de almoxarifado), não agilizar os
350 procedimentos de aquisição, não estruturar os serviços de farmácia, não realizar
351 concurso público para farmacêutico, não profissionalizar o pessoal de nível médio da
352 Assistência Farmacêutica, terceirizar a logística da Assistência Farmacêutica (retira
353 varias fases do Ciclo da Assistência Farmacêutica) acarreta o que para os gestores;
354 Acarretava o que para profissionais farmacêuticos e entidades farmacêuticas e de
355 saúde não questionar ou colaborar para tais iniciativas; Quais as consequências para
356 os usuários. Seguindo **Debatedores da** Frente Nacional Contra a Privatização do SUS,
357 Sra. Raquel Soares, representando o movimento após agradecimentos parabenizou a
358 CES/PE e SES/PE pela iniciativa. De forma sucinta relatou a frente era nacional e
359 congregava vários fóruns em estados e municípios do país, e no momento eram
360 dezoito estados mais o distrito federativo e catorze municípios que tinham fóruns
361 contra a privatização da saúde, e Pernambuco era um. Esclareceu que passaram por
362 momento de desarticulação e retomado recentemente o processo. Informou a frente
363 era agregada a profissional da área, usuários e militantes da saúde de forma geral, e
364 a bandeira de luta defendia a postura contra a privatização e o marco original da
365 saúde pública no Brasil. Tendo daquela maneira a Lei 80.80 e 81.42 de 1990 e os
366 princípios do movimento sanitário também em seu sentido original. Colocou que a
367 saúde era um bem que não deveria ser mercantilizado porque extrapolava qualquer
368 racionalidade mercantil, pois era direito constituído e não custo/benefício. Observou
369 a partir do momento do serviço da saúde ser terceirizado o parâmetro e fundamento
370 da gestão deixava de ser o de direito público constituído. Citou que tinham exemplos
371 de inúmeros processos de entidades com superfaturamento, como o caso do IPAS –
372 Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde no Rio Grande do Norte e Alagoas.
373 Questionou porque no estado de Pernambuco não aparecia nada, mesmo sabendo
374 do controle da SES/PE e do CES/PE achava que faltava transparência em todos os
375 processos, e no momento aquele evento estava sendo o início de clareza. Observou
376 que não tinham acesso aos contratos de gestão, e dentro do histórico de gestões da
377 saúde o site do portal da transparência não demonstrava valores de forma clara,
378 dificultando o controle de orçamentos, esperava que passasse a ter. Finalizando citou
379 prejuízos dos trabalhadores por não ter estabilidade, baixo salário no geral, e espaço
380 aberto a clientelismo numa instituição pública. Por fim, observou o concurso público



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

381 era uma conquista de grande importância da constituição de 1988, e o modelo
382 apresentado como moderno na verdade era retrocesso a política brasileira. Enfatizou
383 as metas de produtividade hoje estavam presentes não só dentro das unidades
384 terceirizadas, mas também nas do estado e tinham conteúdo perverso porque a alta
385 rotatividade de leitos quando chegava ao usuário idoso era problema, pois muitas
386 vezes a equipe de profissionais de saúde era pressionada a acelerar a alta ou
387 encaminhar para outra unidade por se tratar de paciente de custo alto. Perguntou
388 qual a lógica que tem pautado aqueles contratos, qual a lógica da produtividade e
389 quantos funcionários eram necessários para atingir. Frisou necessário movimento
390 dos trabalhadores e usuários da saúde no engajamento do processo, não deixando a
391 critério dos entes públicos, pois onde havia denúncias existiam ações atuantes.
392 Lembrou que existia uma ação de inconstitucionalidade contra as OS – Organizações
393 Sociais desde o ano de 1998, inicialmente encaminhada pela CUT – Central única dos
394 Trabalhadores mais abandonada, onde a frente constituída assumiu acompanhando
395 e articulando no sentido de lutar pela gestão pública. Iniciando o **Debate**, a
396 representante de Sindicato, Sra. Maria José Tenório parabenizou o Conselho pela
397 mesa, e observou na época conselheira foi criada as OS e não tinham sido aprovadas
398 pelo conselho e que houve vários embates. Destacou a importância de lembrar que
399 aquele era um problema que estava prejudicando a população Pernambucana e sua
400 fala enfatizou as colocações da Sra. Raquel Soares. A Conselheira Jany Albuquerque
401 observou como estava sendo produtivo o debate, destacando as colocações do Sr.
402 Garibaldi Gurgel e reflexão do nosso papel junto à sociedade que não tinha aquela
403 visão do SUS. Observou para a Sra. Maria José que de fato a nova gestão tinha a
404 preocupação com a transparência e a Comissão de Orçamento e Finanças tinha
405 agenda intensa de debates com alguns setores da Secretaria trazendo documentos, e
406 quanto ao contrato da gestão de OS foi entregue na íntegra pela segunda vez ao
407 CES/PE, e que em outra gestão que ela também esteve o pedido já havia sido feito e
408 entregue. Colocou que o debate estava caminhando naquele sentido de trazer para a
409 população toda a informação. Conselheiro Euclides Monteiro observou que os dados
410 repassados confundiam a população, pois na prática não era igual. Perguntou o que
411 tinha melhorado na verdade, se a questão do dinheiro ou os dados de produção,
412 porque era necessário cuidado quando se tratava de saúde. Sra. Conceição Sousa,
413 servidora da saúde estadual destacou baixo nível de qualidade nos atendimentos
414 com objetivo de atingir metas, e falta de valorização dos profissionais. Conselheiro
415 José Marcos observou nada de novo estava sendo colocado e falta de moralidade na



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

416 gestão pública. Colocou que o conselho era totalmente contra aquele modelo de OS
417 e a favor da constituída em 1988. Conselheiro João Batista destacou que o conselho
418 nacional e estadual tinha resoluções contra as OS, e diferença de custeio para os
419 hospitais públicos em relação à construção das UPAs. Conselheiro José Francisco
420 destacou a Lei 80.80 era clara e esclarecia que o SUS era público, e apenas atendido
421 de forma complementar quando não houvesse condição pública. Colocou também os
422 conselhos e movimentos deveriam solicitar ao supremo tribunal federal avaliação
423 urgente das questões das OS. E o fato também do não avanço dos consórcios como
424 garantida na constituição de 1988. Sr. Adson Silva como usuário do SUS observou que
425 a gestão tinha que executar o que era planejado e aprovado. Colocou para discutir
426 modelo tinha primeiro que observar as condições dos trabalhadores que deveriam
427 ter emprego único e com salário digno. Sra. Veridiana, Presidente do Sindicato dos
428 Farmacêuticos parabenizou a mesa, o CES/PE pelo evento e a SES/PE por ter aceitado
429 o convite. Observou ter feito parte daquele conselho e já discutido o assunto, e a
430 novidade era terem perdido o caráter deliberativo. Destacou a fala do Conselheiro
431 Hermias, e solicitou esclarecimentos na diferença dos valores apresentados pela
432 secretaria. Finaliza observando a questão colocada dos medicamentos como mera
433 mercadoria, e esperava que aquele encontro fosse o início de um novo processo, pois
434 a sociedade confiava e era necessário fazer o dever de casa bem feito. Dra. Ivete
435 destacou as melhorias e crescimento da rede própria, e a cobertura da atenção
436 primária, mas precisa ainda melhorar muito. Colocou a relação com os municípios era
437 muito boa e discutiam abertamente com o COSEMS. Que ainda não era a saúde que
438 desejavam, mas haviam encontrado um caminho para a melhoria. E acreditava que
439 poderia ter gerencia de OS e direta, desde que, houvesse monitoramento e
440 avaliação. Observou não colocou durante aquela apresentação, porém na de agosto
441 que tinham uma comissão interna fazendo avaliação de todo o relatório, não ficando
442 apenas na mão de uma e/ou duas pessoas. E além da interna o estado possuía uma
443 comissão mista composta por membros da secretaria de saúde, planejamento e de
444 administração. Em relação ao investimento na rede direta ficaria devendo o valor
445 porque não lembrava, mas disse que foram feitos inúmeros, citando como exemplo o
446 hospital Barão de Lucena e Otávio de Freitas e nos hospitais do interior. Destacou
447 outras dificuldades como obterem profissionais. Afirmou que não havia discrepância
448 nas apresentações, e o que mostrava na planilha de Hermias eram exatamente os
449 mesmos valores. Observou que deveria ter colocado uma coluna com valores que o
450 SUS cobria e a outra com valores da fonte 101- tesouro. Colocou ratificando que o



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

451 bem era público e continuaria assim como a gestão, e a gerência é que era de uma
452 OS. Conselheiro Hermias observou que sua colocação era termos de governo e não
453 de pessoas. Disse ser muito criterioso e não entender os pedidos de aumento de
454 recursos SUS, sem as entidades públicas terem mecanismo de apresentar o custeio
455 real, e com gastos extraordinários e desnecessários. Observou também a calamidade
456 farmacêutica, e que logística das OS significava o repasse da atividade pública para o
457 ente privado, e este trabalhava com a lógica de mercado. Disse que gostaria ainda de
458 saber o custo, pois não era o que estava sendo pago porque não trabalhavam de
459 graça. Finalizou colocando que deveriam sair com uma proposta, e achava que o SUS
460 poderia ter participação complementar das áreas privadas, porém com investimentos
461 voltados prioritariamente ao público. Conclui observando achar aéctico, se não ilegal,
462 que a pessoa responsável pelo IMIP fosse também secretário de saúde. Sra. Raquel
463 Soares destacou ainda a frente contra a privatização do SUS era composta também
464 por pesquisadores, especialistas do Ministério Público e Tribunal de Contas da União,
465 sendo bastante qualificada em termos de documentação e material e estava no site
466 de forma bastante acessível. Questionou se a racionalidade do mercado parecia ser
467 incompatível com a gestão do serviço e do direito a saúde, conforme colocado pelo
468 Sr. Garibalde no relato dos estudos, por que iria defender que ela poderia ser gerida
469 por ente privado. Observou a qualidade e resolutividade dos serviços tinham caído
470 drasticamente nas unidades de saúde geridas por OS, pois a lógica era quantitativa. E
471 enquanto o IMIP crescia assustadoramente, com mais de mil leitos, encontrava-se
472 hospitais universitários com leitos fechados. Na sequência após o intervalo para o
473 almoço, e antes de iniciar os trabalhos da **Mesa 02: Arcabouço Legal**, a Coordenação
474 da mesa pactuou dar sequência aos debatedores garantindo as inscrições. **Acatado.**
475 Registrou em seguida que a OAB, Tribunal de Contas da União e Conselho Nacional
476 de Saúde não estavam presentes. Dr. Clóvis, Ministério Público Federal esclareceu
477 que sua presença inicialmente era como observador, e surpreendido no dia anterior
478 com convite para expor o arcabouço legal não houvera tempo para preparar material
479 adequado, focaria os princípios constitucionais e do serviço, ações exclusivas e não
480 exclusivas do servidor público dentro do tema de terceirização e/ou privatização dos
481 serviços públicos, que diante das perguntas poderia aprofundar o assunto. Observou
482 que muitos juristas renomados não tinham conseguido ainda entrar em consenso e
483 esclarecer a questão da inconstitucionalidade ou constitucionalidade na contratação
484 de OS ou OSCIP no que a princípio era atividade pública. E aquele modelo derivava e
485 se expirava na reforma da saúde do sistema inglês, que buscava o aperfeiçoamento



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

486 do sistema com maior efetividade e dinâmica que a própria estrutura de um serviço
487 público do estado num todo não permitia, era comum a todos os países durante o
488 século vinte e mais agora como solução atual, buscada para enfrentar a crise fiscal do
489 país e esbarrou com ideologias. Colocou seria importante entender o que o legislador
490 queria quando definiu, estabeleceu que o serviço fosse prestado de maneira pública,
491 mas também complementar ou suplementar pelo privado, entrando naquela linha do
492 que era serviço público exclusivo ou não do estado, e no nosso sistema educação e
493 saúde não estava previsto como exclusivo do estado, restando a órgãos de controle
494 aprimoramento do nível de fiscalização. Colocou não tinha conhecimento de haver
495 definição de cancelamento da possibilidade da contratação, lembrando ser o motivo
496 a princípio de se atualizar, e interpretando a legislação vigente entendia não haver
497 impedimento na prestação do serviço através da contratação de organizações sociais.
498 Colocando opinião pessoal jurídica, a instituição pública estabelecida não poderia ser
499 gerida por instituição privada. Continuando **Debate**. Conselheira Isabel colocou
500 pensar que o conjunto de gestores não sabia administrar serviço público ou havia
501 interesses perigosos para se entregar a administração, pois a maioria era privatizada.
502 Sr. Ivon Carlos concordou com a fala do Conselheiro Hermias. Sr. Jair Pedro informou
503 há três meses a Secretaria Estadual de Saúde não pagava o salário, vale transporte e
504 alimentação dos vigilantes da Empresa Terceirizada Rima, e o no Hospital Miguel
505 Arraes estava ocorrendo assaltos constantemente. Sra. Hosana, Servidora do
506 Hospital João Murilo de Vitória de Santo Antão observou muito a fazer e os dados na
507 prática era outro. Sr. Ricardo Ernestino, servidor da saúde estadual observou que
508 deveria ficar claro existiam custos para aquelas organizações, embora não tivessem
509 fins lucrativos. Observou problemas de tabelas defasadas aproximadamente vinte e
510 três anos, principalmente nos procedimentos de média complexidade, embora o
511 ministério da saúde viesse trabalhando em forma de incentivos desde 2003, mas
512 priorizando hospitais filantrópicos e de ensino. Acrescentou neste ano havia lançado
513 a portaria 142 de 27 de janeiro apontando que unidade pública também receberia
514 incentivo, mas ainda não concretizado. Sr. Armando representando conselho regional
515 de farmácia colocou havia sucateamento dos hospitais públicos com objetivo de
516 repassar para gerenciamento do privado. Sra. Ana Carolina servidora da saúde
517 estadual observou avanços nos hospitais regionais, a classificação era importante na
518 melhoria do hospital e os problemas com contratação de profissionais. Dr. Paulo
519 Cerpa, Assessor Jurídico da SES/PE após parabenizar Dr. Clóvis observou que o estado
520 de Pernambuco tinha uma legislação bem formatada e as organizações sociais eram



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

521 contratadas conforme lei 15.210 de 2013. E todo processo desde a qualificação a
522 fiscalização do contrato de gestão era submetida a comissões internas da SES/PE,
523 mista, Tribunal de Contas, Ministério Público e na prestação anual ao CES/PE,
524 estando o estado muito bem amparado naquele sentido. Colocou todos podiam ter
525 acesso aos contratos, e que o estado não estava pagando pela administração através
526 de OS e sim repassando recurso. Conselheiro José Marcos iniciou criticando os
527 operadores da lei, formação jurista e a formulação do direito observando não ser
528 elaborado nos interesses da sociedade, e sim dos dominantes, recordando texto lido
529 por professor onde colocava que nossa vida era decidida no direito a luta social pela
530 cidadania e não pelos operadores da lei. Observou tinham pautado no conselho não
531 era baseado em ser ou não legal, mas enquanto conselheiros da política e de direito
532 de aprovar contas, aplicações e recursos públicos do SUS, defendendo direitos
533 solidários e humanitários garantidos na constituição federal, não eram consultados e
534 nem respeitados no direito de participação social. Acrescentou que não era contrário
535 a OS ou IMIP, apesar de não estar convencido que fosse o melhor a população, mas
536 contra qualquer tentativa de privatização do direito básico e fundamental que era a
537 saúde. Finalizando colocou o processo era ilegal e não havia passado pelo conselho, e
538 o seu argumento jurídico estava na Lei Complementar Federal 141. Dr. Luiz Mário
539 Guerra, Procurador do Estado de Pernambuco. Após saudações observou discursos
540 convergiam opiniões, e mesmo estando a quarenta dias como gerentes jurídico da
541 SES/PE, achava necessário esclarecer algumas. Observa de início o SUS era público e
542 estava fora de discussão o fato, e a luta pela sua melhoria era de todos. Observou
543 que reputava que o povo era a entidade máxima sempre, porém dentro de modelo
544 de democracia semidireta não poderiam optar diretamente, pois tinha um congresso
545 constituído para tal. Lembrou durante a constituinte de 1988 foi feita escolha por
546 modelo de saúde efetiva, e de estado social prestador de serviços reconhecendo que
547 o que não poderia prestar chamaria um parceiro da iniciativa privada para de forma
548 complementar acolher a demanda. Colocou que não havia nada fora da lógica, nem
549 ilegal e muito menos inconstitucional, tratava-se de escolha política e poderiam
550 questionar se certa ou errada. Propôs ajustar ponto de partida, pois era improvável o
551 consenso. Em relação à licitação questionada pelo Conselheiro Hermias esclareceu
552 era um pressuposto para o estado cumprir ou contratar, e não servia para efeito de
553 convênio. Respondendo a colocação da Sra. Raquel que a lógica que estava pautada
554 nos convênios e não contratos era a eficiência do serviço público. Explicou mesmo
555 chamando de contrato de gestão jamais seria porque na essência era um convênio e



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

556 não precisava de licitação. Dra. Ana Callou observou que os desafios eram imensos, e
557 tinham muita gente séria que geria o SUS e não poderiam pecar pela generalidade.
558 Muitos eram comprometidos e queriam um SUS construído por cada um deles, não
559 precisando utilizar plano de saúde privado. Conselheira Jany solicitou reflexão e no
560 ultimo encaminhamento da pauta do planejamento de 2015 o objetivo foi orientar a
561 secretaria que todas as unidades por gestão de OS fossem gerenciadas e geridas pelo
562 estado até que julho de 2015, e na ocasião tinha se colocado contrária a proposta por
563 conta da impossibilidade de ocorrer de uma única vez. Conselheiro Jorge do Hospital
564 Barão de Lucena solicitou ser encaminhar ao CES/PE o relatório de atividades das OS
565 e acompanhados pelos conselhos de unidade da rede própria. Conselheiro Hermias
566 propôs ratificar a decisão da comissão de orçamento aprovada pelo conselho, que
567 seria fim das OS a partir de julho de 2015 e vistas nos contratos com as empresas de
568 tecnologia da informação, saído em minuta do conselho. E os **encaminhamentos**, a
569 saber: O pleno deliberou aprovado ser preservado o Art. 4º da Lei 8.080/90 – aonde
570 dispõe que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e
571 instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e
572 indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de
573 Saúde (SUS). E ainda o parágrafo 2º do Art. 4º da mesma lei que dispõe sobre a
574 iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS) em caráter
575 complementar; O pleno deliberou aprovado serem ratificadas as deliberações
576 ocorridas na Reunião Extraordinária de nº 444º do CES/PE, realizada aos 17/09/2014,
577 quando da aprovação do PAS 2015 através do Parecer Prévio da Comissão de Análise
578 e Orçamento com as devidas adequações constantes nas atas da referida reunião e
579 em resoluções aprovadas pelo CES/PE, entre elas: Que a SES/PE deverá ter todas as
580 suas unidades de saúde estadual sob sua gestão e gerência e que a partir de
581 julho/2015, sejam cancelados todos os contratos com as organizações sociais no
582 tocante a cessão de unidades de saúde e pessoal, bem como, procederá revisão de
583 todos os contratos com as empresas de tecnologia de informação terceirizada no
584 âmbito da saúde estadual; O pleno acatou a constituição de uma comissão do CES,
585 para promover as devidas alterações, exclusões, inclusões com encaminhamento ao
586 Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, CONAS, CONASEMS, Presidência
587 da República, Senado, Câmara Federal, Ministério Público Federal, Tribunal de Contas
588 da União, etc, relativos aos seguintes pontos: Propor alterações na Lei de
589 Responsabilidade Fiscal (Lei 101, de 04/05/2000), de forma a excluir o §1º do art. 18
590 e ainda rever e ampliar os limites com gasto de pessoal no âmbito do Sistema Único



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

591 de Saúde; Implantação do Plano de Cargos e Carreiras e Vencimentos no âmbito do
592 Sistema Único de Saúde para áreas fins e meios, com incentivo à interiorização, às
593 regiões de difícil acesso, promovendo o financiamento de pessoal pelos três gestores;
594 O vínculo para acesso ao Sistema Único de Saúde que seja conforme o art. 37, inciso
595 II da Constituição Federal, quando tal procedimento se mostrar e se comprovar
596 insuficiente, o vínculo poderá ocorrer de forma celetista, nunca de forma
597 precarizada; As metas do Sistema do Sistema Único de Saúde, as avaliações dos
598 trabalhadores e o pagamento da produtividade, tenham como avaliador o usuário e
599 avaliados o gestor, as gerências e os trabalhadores; Ilegalidade e
600 inconstitucionalidade da Lei 9.637/98 que trata das terceirizações e parcerias na
601 saúde, relativo à cessão de pessoal e unidades de saúde, permitindo as Organizações
602 Sociais continuar a participar do SUS de forma complementar na execução de
603 serviços. E por nada mais havendo a tratar a Coordenação da mesa, às dezoito horas
604 e trinta minutos, deu por encerrada a 445ª Reunião Ordinária do CES/PE. A presente
605 foi lavrada por mim, _____ Anary de Paiva Souza, Relatora do CES/PE.
606 Recife, oito de outubro de dois mil e catorze. Assinatura dos presentes: José Marcos
607 da Silva- CREFONO 4ª REGIÃO Suplente; Valderlene Guimarães
608 Santos- CREFITO 1ª Região; Adriano Martins Dantas- SINDACS/PE –
609; João Batista Fortunato- SINDSAÚDE;
610 Jássimo Bartolomeu dos Santos- SINDSAÚDE; José Francisco de
611 Assis Barbosa- SINDSEP/PE; Neide Pereira dos Santos-
612 SINDSEP/PE; Iacelys Maria Santana de Carvalho-
613 SINDSPREV/PE; Antônio Rosildo de Mendonça- SINDUPE
614; Romero Márcio Nogueira Dias- CRO/PE
615; Hermias Veloso da Silveira Filho- SINFARPE;
616 Armando Luiz Arantes de Moura- CRF.....; Antônio Ricardo
617 Herculano da Silva- MNU.....; Erivânia Ferreira da Silva-
618 ADVAMPE.....; Lúcia Maria de Lira e Silva-Fed. dos Trab. Agricultura
619 do Estado de PE; Euclides Monteiro Neto- Instituto Pró-Cidadania-;
620 Luiz Nelson França- UGT –PE.....; José Cícero do Monte-
621 NCST/PE.....; Sônia Maria de Oliveira Pinto- CEPAS;
622 Antônia Veloso Vieira- Congregação de Assist. Social das Irmãs de N. S. da
623 Glória.....; Isabel Macedo Rodrigues- Inst. de Saúde Holística
624 Madre Paulina.....; Ubirajara Alves de Lima- Círculo Op. de Nazaré
625 da Mata.....; José Alves de Andrade- Círculo Operário de Nazaré da



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Aprovada em 08/04/15

- 626 Mata.....; Gildark de Robson Barros- CONDI.....;
- 627 Maria Inês Petesburgo- Ass. Nordestina de Hospitais.....; Domício
- 628 Aurélio de Sá- FIOCRUZ.....; Ana Maria Martins César de
- 629 Albuquerque- SES/PE.....; Ana Cláudia Callou Matos-SES/PE
- 630; Jany Welma de Sá Albuquerque - SES/PE.....;
- 631 Inês Eugênia Ribeiro da Costa - SES/PE.....; Everaldo Batista
- 632 Rocha- Sec. Estadual de Planej. Des. Social-.....; Alberto Luiz
- 633 Alves de Lima - COSEMS-