



1  
2  
3  
4  
5 MINISTÉRIO DA SAÚDE  
6 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

6  
7 ATA DA CENTÉSIMA VIGÉSIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

8 **ABERTURA:** Aos cinco e seis dias do mês de junho de dois mil e dois, na sala de reunião **Conselheiro**  
9 **Omilton Visconde**, do Conselho Nacional de Saúde, realizou-se a Centésima Vigésima Reunião  
10 Ordinária do CNS. **ITEM 01 – ABERTURA, ATA E INFORMES: APROVAÇÃO DA ATA** – Aprovadas a  
11 Ata da 118ª Reunião Ordinária e a Ata da 119ª Reunião Ordinária. **I – INFORMES:** – Coordenador  
12 **Nelson Rodrigues dos Santos** informou que: **a)** os informes, conforme deliberação da 119ª Reunião  
13 Ordinária, no período experimental de três meses, seriam encaminhados por escrito; **b)** em decorrência  
14 de mudanças no Congresso da CONAM, acordou-se que o Conselheiro **Edmundo Ferreira Fontes**  
15 continuaria como representante da entidade no CNS; **c)** Conselheiro **Edmundo Ferreira Fontes**  
16 informou que fora realizado o 8º Congresso da CONAM, no período de 30 de maio a 2 de junho de  
17 2002, em São Paulo, e destacou que não era mais o Presidente da CONAM, mas fazia parte da  
18 diretoria com função de acompanhar as políticas públicas do país. **Informes encaminhados por**  
19 **escrito:** **I. Administrativos:** Foram destinados os seguintes documentos para apreciação do  
20 Colegiado: **a)** Deliberação CNS nº 008/2002 do CNS e retorno da SAS/MS para conhecimento e  
21 indicação de nomes de Conselheiros para integrar GT de Acompanhamento da Implementação do  
22 disposto na deliberação; **b)** versão final dos Princípios e Diretrizes para a NOB-RH para verificação final  
23 antes de ir para a Editora do MS; **c)** texto do cientista político **Flávio da Cunha Resende** que faz  
24 comparação entre países desenvolvidos e não desenvolvidos em relação as variáveis: estado mínimo e  
25 investimento social pelo estado; **d)** em decorrência da mesa-redonda realizada 118ª Reunião Ordinária  
26 houve acordo entre Ministério Público, CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde, Ministério da  
27 Previdência e Assistência Social e Casa Civil da Presidência da República em relação ao cartão da  
28 saúde. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** solicitou que constasse em Ata que os  
29 Parâmetros Assistenciais dispostos na Deliberação nº 008/2002 foram aprovados, em caráter  
30 preliminar, pois as recomendações ao Ministério da Saúde não foram contempladas no documento.  
31 Completou solicitando que a nova versão fosse incorporada. **II. MORHAN:** **a)** aniversário do MORHAN  
32 que completaria 21 anos de existência no dia 6 de junho de 2002 e convite para os Conselheiros do  
33 CNS a participarem da audiência pública na Câmara Distrital que transformaria a data em Dia de Luta  
34 contra a Hanseníase na região; **b)** convite a todos os Conselheiros e suas famílias para que  
35 acompanhassem o capítulo da novela *O Clone*, da Rede Globo que falaria do trabalho de combate a  
36 prevenção à hanseníase. **III. ANVISA:** A Diretoria de Federação Nacional dos Farmacêuticos –  
37 FENAFAR, solicitou ao Plenário do CNS discussão sobre a Resolução nº 238/01, publicada pela  
38 ANVISA e republicada no D.O.U. de 04/03/2002, que se destina à uniformização dos critérios relativos  
39 à Autorização, Renovação, Cancelamento e Alteração da Autorização de Funcionamento dos  
40 estabelecimentos de dispensação de medicamentos – farmácias e drogarias – e institui uma taxa para  
41 este serviço tendo em vista a possibilidade da mesma introduzir uma prática de rescentralização de  
42 questões da vigilância sanitária. **IV. CIAN:** A Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição  
43 apresentou proposta de *Seminários Macrorregionais de Segurança Alimentar – Uma Tarefa de Todos*.  
44 **V. GT de Revisão da Resolução nº 33:** foi encaminhada à apreciação do Plenário a última versão da  
45 proposta do GT responsável pela revisão da Resolução nº 33, Coordenada pela Conselheira **Maria**  
46 **Leda de R. Dantas.** **VI. FENTAS:** O Fórum das Entidades dos Trabalhadores da Área de Saúde  
47 informou os resultados da 63ª Semana Brasileira de Enfermagem – Humanização e Trabalho: Razão e  
48 sentido na Enfermagem, realizada no período de 12 a 20 de maio de 2002, e do Seminário Nacional de  
49 Educação em Enfermagem – SENADEN, que debateu os contextos, textos, lições e propostas, em  
50 Teresina-PI, de 27 a 30 de maio. Solicitou, ainda, que: **a)** a proposta do Ministério da Saúde sobre  
51 criação da Agência Federal da Prevenção de Doenças, o Projeto de Lei do Senado nº 25/02, o Projeto  
52 de Lei nº 1.244/99, Projeto de Lei nº 6.240/02 fossem debatidos em Plenárias do Conselho do CNS; **b)**  
53 o Plenário do CNS proponha Audiências Públicas a fim de reafirmar os princípios democráticos e de  
54 controle social. **ITEM 02 – LANÇAMENTO DO “PORTAL DA SAÚDE” – Pronunciamento do**  
55 **Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde – Dr. Barjas Negri**, Ministro da Saúde – “Meus  
cumprimentos a todos. É com muita satisfação que eu retorno ao Conselho Nacional de Saúde – CNS,

56 onde nós convivemos por muito tempo quando eu era o Secretário Executivo. Eu estou no cargo de  
57 Ministro da Saúde há dois meses e gostaria de cumprimentar a todos os Senhores e desejar-lhes um  
58 bom trabalho, a exemplo do que os Senhores exercem ao longo dos anos. Eu tenho muita satisfação  
59 em apresentar aos senhores o Portal da Saúde que consiste em um trabalho coletivo do Ministério da  
60 Saúde. Nós contamos com a colaboração do **João Roberto Vieira da Costa**, do Senhor **Otávio**  
61 **Azevedo Mercadante**, do Secretário Executivo da época, da Doutora **Silvandira de Paiva Fernandes**,  
62 Chefe do Gabinete, e do então Ministro **José Serra**, na realização desse instrumental de trabalho. Eu  
63 gostaria de agradecer, em especial, a todos que na Secretaria Executiva e no Gabinete do Ministro,  
64 colaboraram com esse trabalho, aos técnicos do DATASUS e ao Doutor **Arnaldo Machado de Sousa**.  
65 O Sistema Único de Saúde – SUS prevê a integração entre os gestores federais, estaduais e  
66 municipais e por trás desse sistema existe o princípio de que deve haver um bom controle social que é  
67 exercido pelos Conselhos. O principal instrumento que nós temos é o Conselho Nacional de Saúde pois  
68 tem a obrigação de fiscalizar-nos e orientar-nos para que possamos aprimorar o nosso SUS que visa o  
69 atendimento da nossa população. Os correspondentes são os Conselhos Estaduais dos 27 estados,  
70 incluindo o Distrito Federal, que devem ter um papel correspondente ao exercido pelo CNS. No âmbito  
71 dos Municípios, nós temos os Conselhos Municipais de Saúde. Ao longo dos últimos anos, nós  
72 cumplimos etapas dispostas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde e praticamos de  
73 forma responsável o processo de descentralização do SUS. É lícito afirmar que talvez tenhamos feito o  
74 mais responsável e acelerado processo de descentralização de políticas públicas do país, pois, em  
75 menos de quatro anos, todos os Municípios e Estados foram integrados ao SUS, com exceção de 4 ou  
76 5 Municípios. Nesse sentido, todos os Municípios vinculados ao SUS, recebem recursos do Ministério  
77 da Saúde pela prática mais permanente que é a transferência fundo a fundo abrindo mão da prática  
78 convenial: todos os municípios recebem o piso da Atenção Básica, quase todos recebem os recursos  
79 da assistência farmacêutica básica, incentivo do combate às carências nutricionais e mais de 3.800  
80 municípios recebem recurso ora para o Programa de Saúde à Família ora para o Programa de Agente  
81 Comunitário da Saúde. A criação de seus respectivos Conselhos Estaduais de Saúde é o princípio  
82 básico para que esses municípios possam integrar-se a essa programação. Portanto, se temos,  
83 aproximadamente 5 mil e 600 municípios no âmbito da gestão plena do sistema básico de saúde,  
84 pressupomos que há número equivalente de municípios. Frente aos números, faz-se necessário um  
85 instrumento de difusão de informações e, nesse sentido, o Portal da Saúde preenche uma lacuna e  
86 uma exigência de todos aqueles que de uma forma ou de outra participam do SUS. Nós criamos um  
87 instrumento para facilitar o acesso às informações para usuários, profissionais de saúde e gestores  
88 sobre Programas, recursos, medicamentos, dentre vários outros. O sistema pode estar incompleto  
89 ainda, porém, temos de destacar que fora dado um passo muito importante para o fortalecimento do  
90 controle social. Aproveito a ocasião para informar que estamos comemorando nesse mês (junho de  
91 2002) a implantação da equipe nº15 mil de Saúde da Família, assim temos, atualmente 15 mil equipes  
92 de Saúde da Família trabalhando em 3 mil e 800 municípios que, em números significa: 15 mil novos  
93 profissionais: médicos, enfermeiros, 30 mil novos profissionais auxiliares de enfermagem e 90 mil  
94 agentes comunitários que apóiam essas equipes, apoiando 50 milhões de pessoas. Lembro que em  
95 1997, nós nos perguntávamos se conseguiríamos chegar a 3.500 equipes, e hoje temos, para ser mais  
96 exato, 15 mil 201 equipes trabalhando. No que se refere à questão da assistência farmacêutica, as  
97 Resoluções da SAS mostram quais são os medicamentos excepcionais e a cada nova portaria que nós  
98 introduzimos para distribuição de novos medicamentos devemos disponibilizá-las no site. Enfim, nós  
99 estamos tentando fazer com que esse portal facilite a vida daqueles que exercem o controle social, que  
100 gratuitamente trabalham para o SUS e dos profissionais de saúde. É importante que haja sugestões  
101 para que os organizadores do Portal possam aprimorá-lo. Do ponto de vista do Ministério da Saúde,  
102 nós teremos todas as informações disponibilizadas considerando que esse é hoje o Portal da Saúde a  
103 partir da visão do MS que deverá, em algum momento, incluir as informações dos gestores municipais.  
104 Reforço o pedido de compreensão aos nossos controladores sociais no sentido do avanço que o Portal  
105 representa e o fato de estar incompleto não ser alvo de críticas contundentes, mas sim objeto de  
106 críticas construtivas. Gostaríamos de ter apresentado o Portal há algum tempo, mas o perfeccionismo  
107 dos nossos técnicos não nos permitiu. Eu espero que o CNS faça uma discussão junto aos Conselhos  
108 Estaduais e oriente os Conselhos Estaduais no sentido de disseminar esse instrumento de trabalho tão  
109 importante que é o Portal. Eu posso afirmar, com toda convicção, que o Portal permitirá prestar mais  
110 atenção a respeito dos nossos atos, pois todos na ponta terão acesso às informações que nós  
111 tomaremos. Devemos fazer com que as informações cheguem de forma descentralizada aos Estados e  
112 Municípios. Era isso que eu tinha a dizer e desejo a todos um ótimo trabalho e solicito que contribua  
113 para que a população brasileira tenha um Sistema Único cada vez mais aperfeiçoado e com  
114 informações cada vez mais claras. Essa foi a tônica dos sete anos do Governo do Presidente  
115 **Fernando Henrique Cardoso** pois nunca as informações foram tão disponibilizadas à população,

116 tendo em vista os facilitadores como estação de trabalho, computadores, datashow adequado,  
117 treinamento dos profissionais, modernização, transformação tecnológica contribuíram para organização  
118 e disponibilização da população, dos gestores, dos usuários e para nós e para os Senhores  
119 responsáveis pelo controle social. Eu espero que o Ministério da Saúde, a partir deste momento,  
120 preencha uma lacuna e os Senhores nos ajudem a aperfeiçoar esse instrumento para que os  
121 resultados sejam cada vez mais positivos e que a nossa população seja cada vez mais melhor atendida  
122 e que possa recorrer às informações para atender as suas necessidades e possa buscar o atendimento  
123 com um simples médico da saúde da família, de um médico especializado, e possa recorrer à  
124 distribuição de medicamentos básicos e complexos, à rede ambulatorial e hospitalar e os gestores  
125 utilizarem o Portal como instrumento para aperfeiçoar o seu planejamento, investimentos e gastos.  
126 Agradeço a todos que colaboraram com o DATASUS para que pudéssemos ter esse instrumento  
127 moderno. Com todas as dificuldades, nós estamos realizando um projeto moderno, assim como  
128 modernizamos a estrutura do MS nos últimos anos com a criação da Secretaria de Investimentos, da  
129 Agência de Vigilância Sanitária, da Agência de Medicina Supletiva e realizando treinamento dos nossos  
130 profissionais. A todos os Senhores os meus agradecimentos, parabéns e um bom trabalho". Doutor  
131 **Arnaldo Machado de Sousa**, esclareceu que havia uma parte do Portal para propiciar que aqueles  
132 que desejassesem estar em contato com o Portal pudessesem fazê-lo. Completou informando que seria  
133 instalado dispositivo para cadastrar as pessoas que desejassesem receber as informações dispostas no  
134 Portal. Destacou o chamado "*mercado de trocas*", que seria imediatamente disponibilizado, permitindo  
135 que os diversos agentes de saúde e as diversas instituições pudessesem anunciar demandas e ofertas de  
136 serviços. Nesse sentido, esclareceu que o Portal serviria como intermediário pois informaria quem  
137 necessitasse e quem dispusesse de determinado serviço e/ou equipamento de forma que todos os  
138 componentes do cadastro nacional de estabelecimento de saúde teriam a possibilidade de acessar o  
139 Portal e promover trocas entre os diversos agentes de saúde. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**  
140 destacou que as informações disponibilizadas no Portal, seriam de grande importância para os  
141 usuários, os prestadores de serviços, os gestores e todos aqueles que trabalham e utilizam o SUS.  
142 Indagou se estaria previsto no Portal um quadro da demanda reprimida considerando a importância  
143 para oferta e demanda. Conselheiro **Edmundo Ferreira Fontes** destacou a importância do Portal tendo  
144 em vista a necessidade de se trabalhar com os mecanismos modernos da informação e ressaltou que o  
145 CNS poderia colaborar bastante com esse projeto. Explicou que a falta de informações seria o principal  
146 motivo de queixas dos usuários do SUS e destacou a importância de disponibilizar um *link* com as  
147 parcerias que o Ministério teria com outras instituições que atuam na área da saúde. Falou, ainda, da  
148 relação do Portal com a página do Conselho sugerindo que a página do CNS ficasse permanentemente  
149 no Portal. Conselheira **Zilda Arns Neumann** manifestou satisfação frente ao enorme avanço que o  
150 Portal da Saúde representaria para o SUS. Esclareceu que as informações disponibilizadas  
151 influenciariam de maneira satisfatória nos sistemas e sugeriu que o CNS e os Conselheiros,  
152 representantes das diversas entidades, realizassem uma divulgação mais objetiva do site e a Tripartite  
153 realizasse um boletim sobre o Portal a fim de mobilizar os Conselheiros a utilizarem as informações  
154 nele contidas. Por fim, cumprimentou a administração do Ministro **Barjas Negri**. Conselheira **Maria**  
155 **Luiza Jaeger** cumprimentou o Ministério da Saúde, o DATASUS e seus técnicos pela criação da  
156 página. Reforçou a importância do acesso às informações e o grande avanço que a página  
157 representaria. Destacou a mudança da página anterior para a nova página ressaltando como um dos  
158 avanços a organização das informações. Ministro **Barjas Negri** – "Eu gostaria de agradecer aos  
159 comentários e apelo para que o site seja bem divulgado. O CONASS poderia fazer uma matéria  
160 especial sobre o Portal para ser publicada no seu jornal, assim como o CONASEMS e o CNS a fim de  
161 que a divulgação seja feita da melhor maneira possível. Nós iremos avançar cada vez mais e espero  
162 que a página do CNS esteja sempre aberta e repleta de informações. No que se refere à dúvida do  
163 Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, esclareço que nós não resolvemos a sua dúvida pois o problema  
164 da demanda reprimida afeta a organização do SUS. Quando transformarmos, gradativamente, a página  
165 em Portal do SUS, poderemos captar as informações que vem da ponta. Com a organização melhor  
166 dos Estados e Municípios, nós poderemos colher as informações da demanda reprimida. Sabemos que  
167 há filas para realizar uma série de cirurgias e estamos tentando eliminá-las a exemplo do que  
168 conseguimos fazer com as filas para cirurgia de cataratas. Vou contar um caso pitoresco. O ex-Ministro  
169 da Saúde convocou os dirigentes, os técnicos do Ministério da Saúde, a fim de realizar mutirões para  
170 diminuir as filas das cirurgias de cataratas. A resistência era enorme, mas depois de um mês, o então  
171 Ministro conseguiu convencer. O caso da catarata pode servir para organizar os demais setores da  
172 saúde. Nós realizávamos no período de 1995 a 1997 em torno de 130 mil cirurgias de catarata ano.  
173 Após as realizações dos mutirões, no primeiro ano, o número de cirurgias saltou para 290 mil e  
174 estamos no patamar de 230. Nós realizamos no período de sete anos – 1995 a março de 2002, durante  
175 a gestão do Presidente **Fernando Henrique Cardoso**, um milhão e 300 mil cirurgias de cataratas.

Muitas vezes, nós não conseguimos resolver essas filas pois alguns setores não são tão organizados como os da oftalmologia. Se conseguíssemos organizar os profissionais que realizam cirurgias de hérnea, por exemplo, da mesma forma, nós eliminaríamos as filas, pois o problema não está, exclusivamente, na falta de recursos. Temos sim, de organizar a oferta com a demanda. Com a parceria dos Estados, esperamos diminuir cada vez mais essas filas. Eu concordo com a colocação da Conselheira **Zilda Arns Neumann** pois estamos tentado democratizar ainda mais o acesso às informações para que a população possa reivindicar os seus direitos e possa ter a sua demanda atendida. Muito obrigado a todos". Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** deu prosseguimento à pauta da reunião informando que foram distribuídos ao Colegiado o CD-ROOM e o Manual de Procedimentos de Doenças do Trabalho para os Serviços de Saúde. **Lançamento do Manual de Procedimentos de Doenças do Trabalho para os Serviços de Saúde** – Conselheiro **Elias Rassi Neto**, Coordenador Geral de Planejamento, Informação e Avaliação de Ações Estratégicas da Secretaria de Políticas de Saúde, esclareceu que o Manual fora desenvolvido pela equipe do Ministério da Saúde e coordenado pela Senhora **Jacinta de Fátima Senna da Silva** no período de quatro anos e conseguiu sintetizar de maneira clara e objetiva o acúmulo de conhecimentos que existe sobre as doenças relacionadas ao trabalho. Chamou atenção para o número de tiragem do Manual de 50 mil exemplares destinados a comunidade científica, comunidade médica, comunidade dos profissionais da área de saúde e, particularmente, aos trabalhadores do Brasil. Solicitou que cada segmento que compõe o CNS, fizesse a divulgação e, principalmente a indução para que as confederações de trabalhadores, os sindicatos, as associações dos moradores dentre outras, fizessem boa utilização do Manual. Conselheiro **Cláudio Duarte**, Secretário de Políticas de Saúde, cumprimentou os Conselheiros, Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** e o Senhor **Otávio Azevedo Mercadante**. Mostrou grande satisfação pelo lançamento do *Manual de Procedimentos de Doenças do Trabalho para os Serviços de Saúde* e agradeceu à Organização Pan-Americana de Saúde e a equipe técnica da área da saúde do trabalhador que contribuíram na execução do projeto. Explicou que o Manual consistia em um instrumento de políticas e gestão na área da saúde de trabalho que fazia parte de um conjunto de ações importantes que o MS tem desenvolvido na área em parceria com os Estados e Municípios e órgãos de cooperação. Completo afirmado que tais ações possibilitariam a retomada, no âmbito da gestão da agenda na área da saúde do trabalhador, no que diz respeito às ações de atenção, e principalmente, às ações voltadas para gestão, formulação e implementação de políticas, vigilância em saúde e capacitação de recursos humanos. Para implementação de tais ações, disse que nos últimos anos foi desenvolvido um trabalho normativo importante com publicação de Portarias que dizem respeito as diretrizes e orientações a fim de organizar políticas nos níveis regionais e municipais, bem como um conjunto de publicações que contribuem para o fortalecimento dessa área no âmbito das políticas de saúde do SUS. Justificou que havia muito a ser feito nesse campo particularmente no que diz respeito à vigilância ambiental tendo em vista a série de lacunas normativas e legais que refletiriam uma certa desarticulação de várias áreas de políticas públicas que deveriam estar integradas. Destacou, ainda, a institucionalização e a sustentabilidade das políticas voltadas à prevenção, promoção e atenção à saúde do trabalhador no âmbito das políticas mais gerais do SUS e falou dos avanços nesse campo. No que se refere aos avanços, destacou a importância da inserção das ações de prevenção e atenção à saúde do trabalhador no âmbito da atenção básica. Agradeceu, por fim, a Organização Pan-Americana de Saúde e a todos que contribuíram para disponibilizar ao conjunto de SUS e, em grande quantidade, o Manual. Senhora **Jacinta de Fátima Senna da Silva**, Coordenadora da COSAT – Coordenação de Saúde do Trabalhador e representante do MS na CIST, esclareceu que o Manual contribuiria para qualificar a atenção à saúde do trabalhador na rede do SUS, tanto no setor público quanto no setor privado. Agradeceu a colaboração do Ministério da Saúde, representado pela pessoa do Senhor **Cláudio Duarte** pelo apoio à publicação do *Manual* e o lançamento no Conselho Nacional de Saúde. Prestou homenagem à equipe técnica e à coordenação do projeto. Explicou que o Manual fora organizado pela Professora **Elizabete Costa Dias**, Universidade Federal de Minas Gerais, Professor **René Mendes**, Universidade Federal de Minas Gerais, Professor **Hidelberto Muniz**, Universidade de Botucatu São Paulo e Professor **Tarcísio Bruxinele**, Santa Casa de São Paulo. Completo esclarecendo que também houvera contribuição de aproximadamente 40 pessoas e prestou homenagem ao Senhor **Luiz Carlos Fadel**, Assessor da Área Técnica da Saúde do Trabalhador, responsável pela revisão final do *Manual*. Propôs que, caso houvesse questionamentos, fosse pautada uma discussão do *Manual* para próxima reunião. Agradeceu ao CNS pela oportunidade e solicitou apoio na disseminação do uso do *Manual*. Doutor **Jacobo Finkelman**, Representante da OPAS no Brasil, destacou que o *Manual* era um instrumento valioso devido o fato de não estar destinado somente aos profissionais da área de doenças em trabalho. Completo destacando que não era um livro destinado a profissionais da área, mas que contribuiria para melhoria do sistema, servindo também como um instrumento para os médicos gerais considerando que proporcionaria detecção mais oportuna

236 de doenças ligadas ao trabalho. Destacou que o livro fazia parte de uma estratégia mais abrangente  
237 em termos de prestigiar a área da saúde do trabalhador. Concluiu afirmando que a OPAS se sentia  
238 muito orgulhosa por contribuir para o desenvolvimento do Manual e colocou-se à disposição para  
239 continuar contribuindo com o trabalho. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** agradeceu a  
240 presença dos expositores, em especial ao Senhor **Jacobo Finkelman**, Representante da OPAS no  
241 Brasil. Conselheiro **Augusto Alves Amorim** destacou e cumprimentou os trabalhos apresentados  
242 tendo em vista a importância do Portal da Saúde e do Manual para o Desenvolvimento do SUS.  
243 Parabenizou também toda a equipe que participara da produção do Manual. Conselheira **Maria**  
244 **Natividade G. S. T. Santana**, como representante do Fórum das Entidades de Trabalhadores da Área  
245 de Saúde, expressou grande alegria pela coordenação do Manual ser feita pela Senhora **Jacinta de**  
246 **Fátima** e enfatizou a importância do documento. Por essa razão, solicitou que o assunto fosse pautado  
247 para discussão. Conselheira **Cibele Osório** propôs que fosse feita recomendação ao Grupo Executivo  
248 Interinstitucional da Saúde do Trabalhador – GEISAT para que o Ministério do Trabalho e Emprego e o  
249 Ministério da Previdência e Assistência Social reconhecessem, formalmente o Manual e o Protocolo  
250 como diretriz a ser seguida por todo o país, tanto pelas entidades públicas como privadas. Coordenador  
251 **Nelson Rodrigues dos Santos** solicitou que Conselheira **Cibele Osório** elaborasse Recomendação  
252 junto com a CIST considerando que os membros da Comissão poderiam enriquecer o documento.

**ITEM 03 – PROPOSTA DE CRIAÇÃO DA AGÊNCIA FEDERAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE  
DAS DOENÇAS – APEC** – Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** esclareceu que na pasta dos  
253 Conselheiros encontrava-se material com a recomendação do CNS e a proposta de criação da agência  
254 apresentada pela FUNASA e destacou que o material fora também remetido anteriormente. Doutor  
255 **George Torminn**, Vice-Presidente da Fundação Nacional de Saúde, lembrou apresentação feita há 60  
256 dias ao Colegiado em que apresentara um pequeno histórico dos motivos pelos quais a Fundação  
257 Nacional de Saúde – FUNASA e o Governo Federal decidiram pela criação da Agência Federal de  
258 Prevenção e Controle de Doenças – APEC e, nesse sentido, recuperou informações submetidas à  
259 apreciação do Plenário. Começou esclarecendo que a FUNASA fora criada em 1991 através do  
260 Decreto nº 100 resultante de basicamente dois órgãos: Superintendência de Campanha de Saúde  
261 Pública – SUCAM e a Fundação SESP. Disse que a partir da Constituição de 1988, que definiu a  
262 criação do Sistema Único de Saúde – SUS e colocou como diretriz a descentralização dos serviços de  
263 saúde, começara uma discussão sobre o processo de descentralização das ações de controle e  
264 prevenção de doenças executadas diretamente pelo Governo Federal. Colocou que esse processo fora  
265 discutido ao longo da década de 90 e implementado somente no final do ano de 1999 com a edição da  
266 Portaria nº 1399. Destacou como ação importante desenvolvida pela Fundação a implantação e  
267 operação de unidades de saúde esclarecendo que a FUNASA, até o ano de 1998, possuía 427  
268 unidades de saúde, 190 oficinas de saneamento e administrava, diretamente, 250 serviços autônomos  
269 de água e esgoto nos municípios. Assim, a exemplo da SUCAM, destacou que as ações da FUNASA  
270 eram exercidas de forma direta e descentralizadas. Explicou que até 1999, a SUCAM e a Fundação  
271 SESP ainda existiam dentro da FUNASA, porém, sem integração entre essas áreas. Assim, falou que,  
272 em 1999, fora feito o Planejamento estratégico da FUNASA, resultante de grande debate com o  
273 CONASS, CONASEMS e todas as áreas e gestores envolvidos no processo, onde as diretrizes e os  
274 objetivos da instituição foram definidos. A partir daí, continuou, desenvolveu-se uma série de ações  
275 como o estabelecimento de critérios epidemiológicos para a aplicação de recursos na área de  
276 saneamento. Esclareceu que a partir da edição da Portaria nº 176/2000, a FUNASA passou a alocar os  
277 seus recursos financeiros em função de critérios epidemiológicos proporcionando, assim, mais  
278 efetividade e eficácia às ações desenvolvidas nessa área. No mesmo sentido, ressaltou também amplo  
279 processo de discussão entre estados, municípios, CONASS e CONASEMS sobre a descentralização  
280 das ações de prevenção e controle de doenças resultando na edição da Portaria nº 1399 que definiu  
281 um tripé para a sustentabilidade desse processo: **a)** definição, com clareza, das competências do nível  
282 federal, estadual e municipal; **b)** definição de fonte permanente de financiamento e elevação de  
283 repasse de recursos; **c)** alocação da área de saúde indígena a FUNASA a fim de prestar assistência  
284 total à população. Prosseguiu destacando que até 1999 era aplicado, em média, o valor de R\$ 25  
285 milhões de reais nas ações de atenção à saúde indígena e no ano de 2001 o valor passou a R\$ 191  
286 milhões de reais, o que permitira a atuação de mais de 6 mil profissionais na área com resultados  
287 extremamente positivos. Chamou atenção para o fato de que a FUNASA executava ações de controle e  
288 prevenção de doenças há 100 anos e, a partir de 1999, deixara de executar e afirmou, ainda, que a  
289 FUNASA de hoje era extremamente diferente da instituição de três anos atrás, principalmente, devido  
290 ao fato da descentralização ter se alongado na área de prevenção e controle de doenças. Em  
291 decorrência disso, explicou que não havia profissionais no quantitativo e na qualificação necessária  
292 para conduzir as ações de controle e prevenção de doenças. Informou que, dos 38 mil servidores ativos  
293 da FUNASA, apenas 900 profissionais possuíam nível superior e que esses profissionais não foram  
294

296 recrutados e treinados de forma a possuírem a qualificação necessária para a condução das novas  
297 atividades. No que se refere à questão dos recursos humanos, disse que aproximadamente 6000  
298 profissionais atuariam na área de saúde indígena por intermédio de Organizações Não-  
299 Governamentais e havia 300 consultores contratados por intermédio de Organismos Internacionais  
300 prestando serviços no órgão central da Instituição. Completou destacando que os principais dirigentes  
301 da FUNASA como o presidente, os diretores e os principais assessores não faziam parte do quadro da  
302 instituição. Reforçou que o planejamento estratégico elaborado em 1999 definia que a FUNASA deveria  
303 ser uma agência de excelência nas ações de prevenção e controle de doenças e que todas as  
304 atividades previstas foram sendo executadas, porém, era evidente a necessidade de um salto de  
305 qualidade. Para isso, continuou, optou-se pela criação de uma agência, segundo as atribuições  
306 definidas na Portaria nº 1399, no decreto de que criação da FUNASA, destacando, assim, que todas as  
307 atividades executadas pela instituição seriam assumidas pelo novo órgão no âmbito de um arcabouço  
308 legal. Nesse sentido, disse que seria criada uma carreira com 3000 cargos ou empregos públicos,  
309 sendo 2000 de curso superior e 1000 para curso médio, com perfil remuneratório adequado para  
310 executar as atribuições do nível federal de governo. Declarou que seria absolutamente improvável  
311 recrutar profissionais com nível desejado para conduzir as ações da nova FUNASA com a estrutura  
312 remuneratória do quadro profissional que dispunha. Falou que a FUNASA, nos últimos três anos,  
313 passara a ser uma das instituições mais reconhecidas pela opinião pública e pelos próprios gestores da  
314 área de saúde pública pelo seu papel o que resultou em preocupação sobre a sua extinção. Reforçou  
315 que todas as atividades executadas pela FUNASA seriam assumidas pelo novo órgão bem como  
316 atribuições e competências. Afirmou que todas as agências como Banco do Brasil, Universidades,  
317 Instituto Nacional de Meteorologia eram autarquias. Da mesma forma, esclareceu que a APEC seria  
318 uma autarquia, considerando que a natureza jurídica de uma agência era idêntica para todas. No que  
319 se refere à extinção da FUNASA, ressaltou que existiam vários problemas que contribuíam para tal fato  
320 destacando como principal deles a grande parte do tempo dedicado a resolver problemas de inquérito  
321 administrativo, prestação de contas de obras com problemas, regularização de bens móveis e imóveis.  
322 No que se refere às garantias dos servidores da FUNASA, afirmou que seriam garantidos todos os  
323 direitos a fim de evitar perda salarial. Com relação à continuidade das ações, declarou que o objetivo  
324 era criar um órgão novo, mais leve, para se desvincular do passado da FUNASA que ficaria a cargo de  
325 um inventariante da Instituição que regularizaria todos os problemas citados. Com isso, esclareceu que  
326 a agência e os dirigentes poderiam olhar para o futuro ao invés de tentar resolver os problemas do  
327 passado. Ressaltou que seria inexorável a criação de um órgão como a agência, pois caso isso não  
328 ocorresse no momento, aconteceria seguramente daqui alguns anos. Por fim, afirmou que, no próximo  
329 ano, toda a diretoria da FUNASA teria de sair devido uma série de fatores como mudança de governo  
330 e, nesse sentido, perguntou como um órgão da importância da FUNASA, não possuía carreira  
331 qualificada, devidamente remunerada em quantitativo suficiente. Coordenador **Nelson Rodrigues dos**  
332 **Santos** destacou a presença do Doutor **Jarbas Barbosa**, Coordenador do CENEPI, e lembrou os  
333 quatro pontos de dúvidas suscitados a partir da proposta de criação apresentada ao Colegiado: **a)** responsabilidade de estado; **b)** responsabilidades das três esferas de governo; **c)** Decreto de Grau de  
334 Emergência; **d)** não existência de um órgão colegiado mais representativo e amplo dentro da estrutura  
335 da agência. Completou que os referidos pontos suscitaron a partir da deliberação do CNS que  
336 justificara que a Recomendação seria não entrar como Medida Provisória, mas sim, como Projeto de  
337 Lei. Conselheiro **Edmundo Ferreira Fontes** agradeceu, a princípio, as explicações necessárias ao  
338 entendimento das atitudes tomadas para reformular o papel da FUNASA dadas pelo representante da  
339 FUNASA. Esclareceu que o Colegiado não tratara da criação da APEC meramente como uma questão  
340 de nome, mas sim, com o caráter da agência e com o papel que iria cumprir. Falou do modelo de  
341 agência neo-liberal de gestão do serviço público esclarecendo que se tratava de uma forma de  
342 remodelar o estado brasileiro segundo exigências que não estariam de acordo com as necessidades do  
343 povo brasileiro. Ressaltou, também, a responsabilidade que o Conselho assumira de discutir melhor a  
344 questão da agência antes de ser apresentada como Medida Provisória ao Congresso. Completou que  
345 tal fato precedia qualquer discussão técnica, pois, a criação de um novo modelo para FUNASA deveria  
346 ter sido analisada pelo CNS antes de ser apresentada ao Congresso. Mostrou preocupação com o fato  
347 de o Congresso não ter aprovado a Medida Provisória e não ser possível apresentar o Projeto de Lei no  
348 ano de 2002, ressaltando que isso representava um grande prejuízo. Destacou a necessidade do  
349 debate acerca da criação da nova agência ser feito de forma mais tranquila esclarecendo que o  
350 Colegiado não seria contra a criação da agência. Apresentou pontos do documento sobre a criação da  
351 agência para serem melhor debatidos: **a)** Minuta de Decreto que definiria a quantidade, a denominação,  
352 as competências básicas das diretorias; **b)** crítica ao movimento sindical e preocupação do direito do  
353 trabalhador na criação da agência. Por fim, perguntou como se daria o debate a respeito da nova  
354 agência tendo em vista a não aprovação da MP. Conselheira **Zilda Arns Neumann** lembrou que para

356 cada mudança se criava, naturalmente, uma certa resistência. Perguntou se não seria mais fácil  
357 adequar as ações da nova agência a FUNASA para que não mudasse de nome e todo o passado  
358 ficasse a cargo de uma equipe a fim de resolver os problemas. Indagou, ainda, quem iria assumir todos  
359 os problemas da contração de pessoal, dos trabalhadores provisórios, dos agentes comunitários.  
360 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou se a proposta de criação da agência partira da própria  
361 FUNASA e como seria formado o patrimônio dessa nova entidade. Quanto à questão dos recursos  
362 humanos, referida no Item 37, pediu esclarecimentos a respeito da situação desse pessoal ao se  
363 aposentarem. Por fim, questionou, quais seriam as perspectivas de ser realizada a atualização do  
364 quadro epidemiológico e que tempo isso demandaria, bem como as metas para atuar na formatação  
365 desse quadro e se estaria previsto também, nas ações da nova agência, a avaliação de critérios para  
366 uma avaliação de resultados. Conselheiro **Diógenes Sandim Martins** destacou que os argumentos  
367 técnicos para criação da agência eram satisfatórios, porém, ressaltou que o encaminhamento político  
368 teria de ser o mais democrático possível. Declarou que não poderia existir, no âmbito do SUS, nada  
369 com natureza independente, pois isto representaria grande risco de atrapalhar o processo de gestão do  
370 sistema devido ao processo pouco democrático de encaminhamento. Perguntou se existia uma mesa  
371 permanente de negociação para que todos pudessem discutir os problemas da FUNASA e  
372 apresentarem possíveis soluções. Por fim, indagou qual era a média orçamentária anual da FUNASA  
373 na década de 90 e qual a previsão orçamentária para a nova agência. Conselheiro **Francisco da**  
374 **Chagas Monteiro** perguntou se a carreira a ser criada seria feita por meio de emprego ou cargo  
375 público, nesse sentido, chamou atenção para existência de uma ADIN que não permitia que agências  
376 criassem cargos públicos. Mostrou preocupação com a possibilidade de discussão a respeito de  
377 formação de agência para o Programa de Saúde da Família, tendo em vista que o programa possuía  
378 também grandes problemas como contratos precários e associações de agentes de saúde criadas para  
379 empregar os mesmos. Conclui perguntando se a melhor forma para adequar técnica-  
380 administrativamente as funções que a FUNASA realizava seria por meio da criação de Agência.  
381 Conselheiro **Carlos Alberto Gebrim Preto** saudou a presença da direção da FUNASA e a  
382 oportunidade de discutir a questão da Agência. Pediu esclarecimentos a respeito do pessoal que estava  
383 lotado nas regionais da FUNASA dos estados, principalmente, sobre os profissionais que apoiavam os  
384 projetos de saneamento básico, questionando se havia previsão da continuidade das ações desses  
385 profissionais na proposta da nova agência. Doutor **Jarbas Barbosa** esclareceu primeiramente que,  
386 independente do rótulo que se colocasse, a organização do MS, devido o grau de especialização e  
387 complexidade das ações, não era como a trinta anos que uma única carreira de sanitarista do Ministério  
388 dava conta de todas as necessidades. Falou que o MS, pela primeira vez, criara agências reguladoras  
389 para regular “pedaços” de atividades de mercado que seriam fundamentais para saúde da população  
390 como a ANVISA, a ANS e outras. Ressaltou mudança de papel fundamental, pois o MS deixara de ser  
391 executor para ter uma função reguladora. Esclareceu que, caso fosse necessário, seriam criadas outras  
392 agências para as áreas de mercado que tivessem necessidade de serem reguladas. Respondeu às  
393 intervenções do Conselheiro **Francisco da Chagas Monteiro**, esclarecendo que a atividade da saúde  
394 da família no Ministério seria, fundamentalmente, regular e coordenar. No caso da FUNASA, disse que  
395 na área de atividade de funções de saúde pública que compõem a área de vigilância, continuamente,  
396 as ações extrapolavam a capacidade técnica de municípios e estados. Afirmou que a área de atuação  
397 da FUNASA dava resposta com um grau de dificuldade e personificação muito grande considerando  
398 que o conceito de vigilância epidemiológica mudou, na época da Fundação SESP e da SUCAM.  
399 Continuou afirmando que o perfil epidemiológico mudou e que o país tomara várias medidas  
400 regulatórias como, por exemplo, contra o cigarro. Na área de vigilância ambiental, disse que do quadro  
401 próprio da FUNASA, havia somente um profissional que possuía doutorado feito fora do país e que os  
402 demais componentes dessa área eram consultores. Nesse sentido, falou da necessidade de um quadro  
403 permanente para a área, tendo em vista que esses profissionais teriam de normatizar, coordenar e  
404 executar ações dentro de estados e municípios com muita clareza. No que se refere à questão do  
405 estado de emergência, citou casos e experiências nos últimos cinco anos à frente do **CENEPI** para  
406 afirmar que hoje, qualquer fiscal de vigilância sanitária poderia interditar um trem, um ônibus, um  
407 hospital etc. Destacou que a proposta referente ao estado de emergência prevista seria para situação  
408 extremamente grave e que as ações previstas no projeto da Agência seriam desenvolvidas somente  
409 pelo Ministro da Saúde e outros dispositivos legais seriam resguardados. Doutor **George Torminn**  
410 prestou esclarecimentos sobre o pessoal do saneamento esclarecendo que a idéia era aproveitar o  
411 maior número possível de servidores da FUNASA na nova Agência e que os engenheiros,  
412 possivelmente, seriam todos aproveitados. Completou que na Medida Provisória não havia previsão  
413 legal e constitucional de demissão dos servidores da FUNASA, considerando que na Lei nº 8.112, que  
414 regula o regime jurídico único dos servidores públicos federais, não existia nada a respeito. No que se  
415 refere à indagação da criação de cargos ou empregos públicos, esclareceu que o assunto seria

416 discutido em Projeto de Lei específico, considerando que a Constituição Federal assim determinava. A  
417 previsão era que, a princípio, seria criado emprego público e lembrou que a Ação Direta de  
418 Inconstitucionalidade estaria suspensa no Supremo Tribunal Federal e não existia decisão a esse  
419 respeito. Com relação aos recursos orçamentários, falou que até 1998/1999 era aplicado na área de  
420 prevenção e controle de doenças o valor de R\$ 300 milhões de reais/ano e com a aplicação do teto  
421 financeiro de epidemiologia e controle de doenças, a partir de 2000 a aplicação girava em torno de R\$  
422 560 milhões de reais/ano. Assim, a tendência para o futuro seria, no mínimo, a manutenção desse  
423 valor. Declarou que a FUNASA teria um orçamento de investimento e custeio de aproximadamente R\$  
424 2 bilhões de reais para ações de saneamento, emergenciais, vigilância em saúde dentre outras.  
425 Reforçou que o planejamento estratégico da FUNASA, que apresentava as diretrizes de criação de uma  
426 Agência Federal, fora discutido no CNS, na Tripartite e com todos Secretários Estaduais e Municipais  
427 de Saúde. Esclareceu, também, que a Medida Provisória fora rejeitada pela forma e não pelo mérito,  
428 em função disso, poderia ser apresentada novamente ao Congresso. Continuando, disse que a forma  
429 de estruturação do serviço público poderia ser feita por meio de administração direta ou indireta. A  
430 segunda, teria, a princípio, maior liberdade para execução de ações de forma descentralizada podendo  
431 ser feita de quatro formas: **a)** empresas públicas; **b)** sociedades de economia mista; **c)** fundações  
432 pública; e **d)** autarquias. Dessas quatro formas de estruturação indireta, afirmou que as três primeiras  
433 seriam de direito privado e as autarquias de direito público. Afirmou que não tinha diferença entre o  
434 Banco Central, o INSS, a FUNASA, a ANATEL, a SUFRAMA considerando que todos seriam  
435 autarquias. Declarou que existiam 32 mil servidores da FUNASA cedidos a estados e municípios para  
436 controle de vetores mediante convênio entre os mesmos e com a implementação da Agência, a lotação  
437 dos servidores seria do Ministério e a folha de pagamento seria feita pela Agência e os convênios  
438 continuariam sendo celebrados. A seguir, Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** perguntou,  
439 primeiramente, se o conteúdo do Projeto de Lei seria o mesmo da Medida Provisória. Pediu  
440 esclarecimentos, ainda, sobre a decisão do MS em apresentar como MP a proposta da criação da  
441 agência. Afirmou que, se a questão era a mudança de nome, os problemas da FUNASA continuariam  
442 existindo, assim a mudança de nomenclatura não era um mero detalhe. Indagou também qual era o  
443 objeto de fazer uma licitação para contratação de técnicos do exterior e qual o problema dos Recursos  
444 Humanos Brasileiro. Tendo em vista o problema pontual da falta de técnicos capacitados para resolver  
445 determinadas questões, questionou qual era a política de capacitação de recursos humanos para o  
446 SUS e por que não se desenvolvia uma política capaz de dar conta dos problemas e das dificuldades  
447 da sociedade brasileira. Ainda, indagou se a proposta trazia novidades para gestão do trabalho e,  
448 nesse sentido, falou da necessidade de apresentação do MS mostrando um quadro comparativo entre  
449 a atual situação e como seria com a criação da agência. Por fim, perguntou se a proposta contemplou a  
450 discussão da 11ª Conferência Nacional de Saúde sobre a descentralização das ações, pois, em uma  
451 primeira leitura da proposta, o processo pareceu ser mais centralizado ainda. Propôs que o debate  
452 fosse aprofundado no Conselho por meio de audiência pública com todos os segmentos interessados  
453 direta e indiretamente nessa questão. Conselheiro **Gianni Franco Samaja** falou da criação da ANVISA  
454 e perguntou se a nova agência teria a mesma facilidade de administração da ANVISA considerando  
455 que seria um modelo para todos. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** esclareceu que o CONASS apoiou a  
456 decisão do CNS de discutir melhor o assunto por meio de Projeto de Lei. Levantou contradições na fala  
457 do Senhor **George Torminn** e do Senhor **Jarbas Barbosa** no que se refere à necessidade das funções  
458 executivas. Falou que o conjunto do MS também possuía problemas com o pessoal devido ao fato de  
459 ser por carreira e, nesse sentido, destacou que existia um problema anterior sobre qual a proposta de  
460 reorganização do MS, o que deveria ser feito por administração indireta e como seria resolvido o novo  
461 papel do Ministério. Destacou a dificuldade entre estados/municípios e gestores em realizar uma  
462 agenda de saúde e um pacto geral sobre atenção à saúde. Sugeriu maior discussão a respeito do  
463 assunto destacando qual a seria a estrutura que o Ministério deveria ter. Senhor **Jarbas Barbosa**  
464 esclareceu que não existia previsão para licitação de técnicos estrangeiros. Quanto às contradições  
465 citadas pela Conselheira **Maria Luiza Jaeger**, disse que as atividades de execução foram reduzidas  
466 drasticamente, porém, completou que seriam executadas somente ações de altíssima complexidade.  
467 Por fim, Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** solicitou que a discussão fosse degravada.  
468 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** apresentou a seguinte proposta de encaminhamento:  
469 *criação de um Grupo de Trabalho, com representação dos quatro segmentos, para estudo mais*  
470 *aprofundado do Projeto de Lei que propõe a criação da APEC e apresentar uma proposta de*  
471 *encaminhamento para o CNS na Reunião Ordinária de julho.* Aprovada a proposta de encaminhamento  
472 por unanimidade. **ITEM 04 – CONTROLE DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL – MESA**  
473 **REDONDA** – Senhora **Ana Cristina D'Andretta Tanaka**, apresentou, primeiramente, a definição de  
474 morte, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS e os especialistas na área declarando se  
475 tratar da morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término

da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, em decorrência de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou medidas tomadas em relação a ela, porém, não devido a causas externas acidentais ou incidentais. Apresentou o artigo III – Toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança social – da *Declaração Universal dos Direitos Humanos* no que se refere à morte por complicações da gravidez parto e puerpério nos dias atuais. Explicou que a morte materna seria um dos mais sensíveis indicadores de condições de vida de uma população e reflete, principalmente, a desarticulação, desorganização e qualidade da assistência à saúde prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Apresentou quadro da mortalidade materna no mundo destacando que os países desenvolvidos como Suíça, Canadá, Estados Unidos possuem as menores taxas de mortalidade materna no mundo, pois a taxa de mortalidade é de 3 a 4 mortes de mulheres para cada 100 mil nascidos vivos. Completou destacando que o Brasil tinha uma taxa de 40 a 50 mortes por cada 100 mil nascidos. Falou do caso da Romênia que diminuiu a taxa de mortalidade devido às ações específicas para área de saúde à mulher que reflete na redução pela metade dos óbitos em cinco anos. No que se refere ao quadro da mortalidade materna no Brasil, declarou que não havia dados anteriores a década de 80 e que houvera uma queda até 1985, com estagnação nos dez anos subsequentes e ligeira elevação após 1995. Disse que existia uma “*sub informação*” da morte materna no Brasil e no mundo, pois para cada morte em que na Declaração de Óbito – DO aparecia uma morte materna, teria aproximadamente 2 mortes que seriam notificadas. Tal fato, afirmou, resultaria em coeficiente de 53 mortes por complicações da gravidez morte **puerpério** para cada 100 mil Nascidos Vivos – NV no Brasil. Destacou as principais causas de óbito materno no Brasil classificadas como diretas, a saber: **a) eclampsia; b) hemorragia pós-parto; c) infecção puerperal; d) descolamento prematuro da placenta; e) hipertensão gestacional com proteinúria; f) aborto NE;** dentre outras. Explicou que 90% das mortes decorrentes dessas causas poderiam ser evitadas com uma boa ligação entre o pré-natal, o parto e puerpério, um bom controle de saúde e uma boa assistência. Apresentou em seguida, as seguintes causas obstétricas indiretas dos óbitos maternos: **a) hipertensão pré-existente complicando a gravidez, parto puerpério; b) diabetes mellitus durante a gravidez; c) doenças infecto-parasitárias;** dentre outras. Concluiu esclarecendo que 90% dos óbitos maternos seriam evitados e chamou atenção para o fato de haver o dobro do número de óbitos que seriam contabilizados. Senhora **Tânia Lago**, Coordenadora da Saúde da Mulher e responsável pelos programas desenvolvidos pelo MS na área, chamou atenção para a evolução da morte materna no período de 1995 em diante e esclareceu que, a partir desse ano, os dados com cobertura maior do sistema hospitalar. Esclareceu que a elevação do número de óbitos em 1997 e 1988 e acompanhada de declínio em 1999 era evidenciada no SUS. Disse que a elevação evidenciada em 1997 estaria seguramente ligada à melhor notificação no sistema de informação da mortalidade tendo em vista o modelo de declaração de óbito que o CENEPI apresentara e ao fato de que os estados do **Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo** passaram a corrigir os dados do SIM a partir de investigação ativa da morte materna. Explicou que, por esse motivo, o MS deixara de adotar o método de “*multiplicação por dois*” para corrigir a taxa de mortalidade materna. Esclareceu que havia uma pesquisa em andamento coordenada pelo Professor **Rui Laurente** a fim de notificar, de fato, os números da mortalidade materna nas 27 capitais, quais as principais causas e a, a partir daí estimar fatores atuais de correção de dados do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM para todos os estados brasileiros. No que se refere às ações para redução da morte materna, justificou que em maio de 1998 foi proposto um conjunto de atividades divididas nas seguintes etapas: **I. Financiamento da Assistência ao Parto: a) aumento do valor pago pelo SUS ao parto; b) introdução do pagamento da anestesia no parto normal; c) limite percentual para pagamento de cesáreas.** **II. Investimentos para estabelecer sistemas estaduais para a melhoria da atenção à gestação de alto risco: a) destinação de R\$ 100 milhões para os 27 estados brasileiros a fim de que cada um deles implementasse um sistema estadual de atenção à gestação de alto risco.** **III. Apoio à mudança do modelo assistencial: a) criação do prêmio Galba de Araújo para maternidades do SUS que atendesse de modo humanizado as mulheres; b) cartilha sobre direitos à gestante; c) manuais técnicos que tratam de todas as etapas da gestação.** Explicou que fora desenvolvido um projeto de assistência ao parto domiciliar para as regiões que apresentam número elevado de partos domiciliares com a elaboração de um Livro para Parteira e um Manual para Capacitação de Multiplicadores. Continuou falando da questão da letalidade esclarecendo que se trata de números de óbitos maternos em internações obstétricas no SUS, diferentemente do conceito de morte materna. Esclareceu que a taxa de letalidade do SUS caiu, resultando em diminuição de 38 óbitos para 100 mil internações para 28 óbitos, ilustrando que as medidas implementadas teriam obtido resultados. Como reflexo das medidas apresentadas, destacou também a diminuição da taxa de cesárea no âmbito do SUS. Falou que havia monitoração da taxa de cesárea do SUS e o CINAS, onde estariam todos os nascidos vivos no Brasil que confirmam que as taxas de cesáreas diminuíram no SUS. Apresentou também como estratégia para diminuição dos óbitos maternos o investimento na assistência pré-natal e estratégias que promovessem a vinculação da

assistência pré-natal ao parto. Nesse sentido, esclareceu que fora lançado em julho de 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento que tinha por objetivo geral: **a)** assegurar o acesso e a qualidade do acompanhamento pré-natal, parto e puerpério buscando a vinculação pré-natal e parto e como objetivo específico: **a)** captar precocemente a gestante; **b)** garantir o atendimento à gestante nos diferentes níveis de complexidade; **c)** aplicação da anti-tetânica; **d)** garantia de exames básicos da gestação e a oferta do HIV, dentre outros. No que se refere ao incentivo utilizado, disse que era feito com base na disponibilização de recursos extras a partir do momento que o município aderisse ao programa e efetuasse as seguintes estratégias: **a)** cadastramento da gestante até o quarto mês com "bônus" de R\$ 10 reais para cada gestante como recurso extra PAB; **b)** disponibilização de R\$ 40 reais para conclusão da assistência pré-natal. Ressaltou que os hospitais participantes do plano de adesão do município para a assistência receberiam um valor adicional de R\$ 40 reais sob o valor do parto para cada gestante cadastrada no programa. Esclareceu que aproximadamente 3.100 municípios teriam aderido ao programa, com adesão da maioria somente no ano de 2002, e 180 mil gestantes cadastradas no programa. Senhora **Maria Isabel Bautar**, representante da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, esclareceu que a Rede Nacional Feminista de Saúde (Rede Saúde) era uma entidade da sociedade civil, distribuída em 21 estados e composta por 29 regionais organizadas nos estados dos Pará, Paraíba, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Distrito Federal, com sede em São Paulo. Declarou que a Rede Saúde, como segmento da sociedade civil, possuía representações em vários Conselhos, comitês e comissões no âmbito do Estado, a nível nacional, estadual, municipal e membro de entidades da própria sociedade civil nos mesmos níveis. Disse que a Rede atuava junto ao Executivo, ao Legislativo a fim de acompanhar e influenciar na formulação de leis referentes à área com utilização da mídia na divulgação do assunto. Destacou como ponto fundamental da Rede a produção de materiais educativos como revistas, dossiês, informativos eletrônicos sobre a área da saúde à mulher. Em seguida, apresentou os princípios que a Rede utilizaria para atuação: **a)** os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos; **b)** a importância do fortalecimento da implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM como referência para otimização dos serviços do SUS; **c)** a violência sexual e doméstica como uma violação dos direitos humanos; **d)** o exercício da saúde, dos direitos sexuais e reprodutivos e do direito de decidir sobre a realização ou não de um aborto como questões fundamentais. Colocou que o compromisso da Rede com a saúde da mulher resultava em um interesse e preocupação com a questão da mortalidade materna. Reforçou que a mortalidade materna estaria relacionada a gravidez, ao aborto, ao parto e ao pós-parto e chamou atenção para os dados elevados de óbitos que poderiam ser evitados pois estariam relacionados a um quadro de dificuldade na assistência a saúde e condições de vida da população. Nesse sentido, destacou que as mulheres com baixo poder aquisitivo estariam mais propícias à morte materna e falou dos dados do Senso que mostraram que a distribuição de renda no país não mudou nos últimos dez anos. Chamou atenção para atuação da Rede esclarecendo que a atuação não se restringia ao âmbito do MS, mas, também, a vários estados e municípios, comitês, Comissão Intersetorial de Saúde a Mulher – CISMU. Disse que tal fato ilustrava a atuação de articulação política utilizando os instrumentos de controle social e de monitoramento de políticas públicas na área da saúde. Falou também de um Seminário realizado há um ano sobre mortalidade materna no Congresso Nacional onde tentou-se ampliar a discussão do tema no âmbito do Congresso. Por fim, falou da parceria com a Rede das Mulheres do Rádio a fim divulgar os temas da Rede Saúde, inclusive, o tema da mortalidade materna e falou de projetos futuros sobre o tema. Doutora **Solange Bentes Jurema**, Presidenta do Conselho Nacional de Direitos da Mulher e Secretária de Estado dos Direitos da Mulher, declarou o interesse do Conselho Nacional de Direitos da Mulher e da Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher sobre o tema da mortalidade materna e, nesse sentido, destacou a presença da Senhora **Tânia Lago**, Senhora **Clair Castilhos** e a Senhora **Fátima Oliveira**, especialistas da área, no Conselho Nacional de Direitos da Mulher. Chamou atenção para importância da criação da Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher destacando se tratar de um reconhecimento de que não se pode falar de políticas sociais sem tratar da questão da mulher e ilustrou tal colocação destacando as políticas do Governo Federal focalizadas na mulher. Finalizou esclarecendo que a Secretaria estava sendo construída, bem como suas diretrizes e estratégias e falou do interesse na parceria do MS e com os demais Ministérios. Agradeceu a oportunidade e ressaltou a importância da Senhora **Tânia Lago**, Senhora **Clair Castilhos** e a Senhora **Fátima Oliveira** no Conselho Nacional de Direitos da Mulher. Conselheiro **Carlos Alberto Gebrim Preto** parabenizou a qualidade das apresentações feitas e falou dos cuidados e da necessidade de atendimento das gestantes. Perguntou de que maneira poderia buscar uma efetividade à atenção da saúde da mulher. Falou do Projeto de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e destacou a necessidade de realizar uma análise substancial sobre a maneira como os municípios tem se comportado frente aos compromissos do plano. Nesse sentido, falou da necessidade de acelerar o processo influenciando

estados e municípios a aderirem, efetivamente, ao Programa. Propôs Recomendação do CNS a fim de que as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários, vinculados às Unidades Básicas de Saúde, contribuíssem para modificar o quadro da mortalidade materna no Brasil. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** cumprimentou, primeiramente, os membros da mesa e chamou atenção para os outros tipos de violência que acometiam as mulheres e outras causas das mortes maternas, além das obstétricas. Por fim, reforçou a importância da discussão e a necessidade das políticas públicas serem voltadas para a mulher. Conselheira **Ana Maria Lima Barbosa** cumprimentou as participantes da mesa destacando a participação ativa da Conselheira **Clair Castilhos** e de **Margareth Arilha**, no que se refere às questões das mulheres. Registrhou que, juntamente com o Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência, procurara a Doutora **Solange B. Jurema** a fim de propor a realização de um trabalho a respeito da saúde da mulher portadora de deficiência no que se refere às suas especialidades, bem como as mães que possuem um filho portador de deficiência. Conselheira **Zilda Arns Neumann** mostrou grande alegria pela discussão do tema no Plenário e lamentou o fato de não ter recebido os materiais referentes às apresentações anteriormente à reunião. Perguntou qual era a fonte dos dados sobre a mortalidade materna e questionou o fato dos dados não serem divididos por região. Falou do trabalho da Pastoral da Criança destacando que a região norte apresentava os maiores níveis de mortalidade materna devido a situações particulares. Completou que, segundo experiência da Pastoral, a falta de acesso e baixa escolaridade seriam as maiores causas da mortalidade. Declarou que os óbitos maternos aconteciam durante o parto e ressaltou a necessidade de melhoria na execução do parto. Perguntou à representante da Rede Saúde se a Rede se preocupava com a humanização do sistema e o que se tem feito nesse sentido e quais as estratégias utilizadas para melhoria do sistema. Informou que participara de reunião da ONU onde discutiu-se a questão da redução da mortalidade peri-natal e destacou que houve ênfase na melhoria das condições ao parto. No que se refere à questão da pobreza, ressaltou que dentre as metas da ONU para os próximos dez anos incluía a questão da redução da pobreza em 50%, considerando que esse é um problema do Brasil e do mundo. Concluiu destacando o papel importante da mulher na família e, por esta razão, chamou atenção para importância de assistência à mulher. Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo** saudou os esforços em prol da melhoria da situação da mortalidade materna e da saúde no geral e ressaltou que todas ações deveriam partir da premissa que havia uma população urbana e uma população rural a fim de que as ações chegassem à população do campo. Propôs estreitar a relação campo/cidade para destacar os trabalhos da CONTAG sobre a saúde reprodutiva. Informou, por fim, que houvera reunião do Grito da Terra Brasil para discutir a saúde e a segurança da mulher e afirmou que a mulher do campo sofria de grandes e diversas violências. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** concordou com as colocações do Conselheiro **Carlos Alberto Gebrim Preto** ressaltando a importância de maior compromisso com a questão da mortalidade, implantação de pré-natal e acompanhamento ao parto. Com relação aos dados apresentados sobre mortalidade materna, declarou que as experiências junto aos estados demonstraram que esses eram o dobro dos expostos. Falou que, apesar da Resolução que estabelece a notificação compulsória, seria importante a investigação de todo e qualquer óbito caracterizado com mortalidade materna a fim de se tornar um compromisso das Secretarias de Estados e de Municípios. Disse que determinados setores da sociedade como as mulheres negras e mulheres agricultoras necessitavam de um trabalho das Organizações Não-Governamentais e do MS no sentido de capacitar esse conjunto, enfim criar uma linha de convênio, de incentivo de trabalho em conjunto com entidades em relação as questões de gênero, de saúde da mulher e da mortalidade materna. Doutora **Solange B. Jurema**, em resposta às colocações, esclareceu, primeiramente, que a questão das trabalhadoras rurais teria sido uma das recomendações do CNS, nesse sentido, disse que a Senhora **Vanete Almeida** era a representante rural, no Conselho Nacional de Direitos da Mulher que apresentava as demandas dessa categoria para o Conselho. Completou esclarecendo que existiam vários trabalhos na área, mas enfatizou que o principal foco estava em um convênio com o Ministério da Integração Nacional e outro com o SEBRAE a fim de fortalecimento de cidadania das mulheres. Concluiu destacando a importância de se estreitar os laços de atuação do governo, da sociedade civil e dos diversos Ministérios e enfatizou a questão da diversidade regional do Brasil. Senhora **Ana Cristina D'Andretta Tanaka** esclareceu à Conselheira **Zilda Arns Neumann** que os dados sobre a mortalidade materna por região seriam muito fracos porque a região Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil teria uma qualidade tão precisa de dados que seriam similares aos dados de países como a Bélgica e a Suíça, o que não representava a realidade. Disse que os dados apresentados por região não retratariam a realidade dos estados e que as regiões Sul e Sudeste apresentariam melhor qualidade de dados. Colocou que, apesar do momento do parto ser crucial, seria necessário aumentar a qualidade do pré-natal, pois grande parte das causas dos óbitos maternos poderia ser previsível no pré-natal. Justificou, ainda, a importância da ligação entre pré-natal e parto e a necessidade de a mortalidade materna ser vista como um problema. Senhora

656       **Maria Isabel Bautar** agradeceu as contribuições do Colegiado e reforçou que a preocupação central da  
657        Rede Saúde era a atenção à saúde da mulher em todos os momentos da vida e nesse quadro a  
658        mortalidade materna, o parto humanizado seriam temas de trabalho da Rede. Em relação à assistência  
659        humanizada, informou que seria feito um dossiê e destacou o trabalho do CURUMIM. Do ponto de vista  
660        de estratégias para o combate à mortalidade materna destacou a importância de Municípios e Estados  
661        terem Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, implantação, de fato, do planejamento familiar e  
662        a legalização do aborto. Falou que era um desafio para os movimentos sociais fazer chegar ao campo  
663        as políticas de saúde, tendo em vista que a maioria dos movimentos sociais era urbana e destacou a  
664        falta de interiorização de atuação de políticas de movimento social no interior. Nesse sentido, destacou  
665        que a edição da Revista da Rede do mês de junho trataria a questão da mulher trabalhadora rural e  
666        pediu colaboração ao Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo** para indicar pessoas que tenham  
667        experiências nessa área, bem como trabalhos produzidos a esse respeito. Quanto à saúde da mulher  
668        negra, esclareceu que a Rede publicara recentemente um trabalho sobre o assunto. Senhora **Tânia**  
669        **Lago** falou da questão da mulher do campo destacando ser uma das áreas mais difíceis de trabalho e  
670        ressaltou duas interlocuções importantes na área: Coordenação Nacional de Mulheres da CONTAG e a  
671        Senhora **Vanete Almeida** disse que, apesar dos esforços, não fora possível, ainda, delinear ações  
672        concretas a serem executadas em parceria com mulheres da área rural. Falou que, a questão do  
673        campo na região Norte apresentava uma situação particular pois o trabalho era mais complicado que  
674        nas demais regiões. No que se refere ao apoio ao controle social, destacou que o documento com  
675        subsídios para discussão apresentava idéias para dar continuidade às ações no campo da mortalidade  
676        que foram discutidas com o CONASS, CONASEMS, estados, municípios, como a criação de uma linha  
677        de investimentos e apoio à atividade de ONG's atuando na área de saúde da mulher com todas as  
678        unidades da federação. Chamou atenção para a necessidade de estimular os grupos da sociedade civil  
679        a trabalharem no controle social para o enfrentamento da mortalidade materna como ocorreu com a  
680        questão da AIDS. Quanto à questão da notificação compulsória, explicou que fora discutida com o  
681        CENEPI a proposta de "colocar" a Resolução do CNS em uma Portaria do Ministro a fim de incluir o  
682        óbito materno como evento de notificação compulsória considerando que a notificação de óbito seria  
683        instrumento de notificação e que a investigação de óbitos femininos em idade fértil por causas  
684        presumíveis de morte materna passaria a ser obrigatória. Solicitou que fosse pautada discussão sobre  
685        métodos anticoncepcionais em reunião próxima do CNS. Conselheira **Clair Castilhos** concluiu que a  
686        mesa-redonda sobre mortalidade materna fazia parte de toda uma estratégia do Movimento Feminista e  
687        do Movimento de Mulheres a fim de sensibilizar a sociedade a respeito dos problemas relativos à saúde  
688        da mulher, principalmente no que se refere à questão da mortalidade materna. *Por fim, citou texto de*  
689        *Bretch a respeito da naturalização das coisas, a fim de ilustrar a naturalização da mortalidade no parto.*

690        **ITEM 05 – RELATÓRIOS DOS GRUPOS DE TRABALHO “DESENVOLVIMENTO DO SUS” E**  
691        **“EIXOS ESTRATÉGICOS PARA O CNS”** – Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** lembrou os  
692        seguintes objetivos do GT de “Desenvolvimento do SUS” aprovados pelo CNS: **a)** curto prazo: síntese  
693        dos avanços e desafios do SUS a fim de ser discutido e aprovado pelo Colegiado e distribuído a todas  
694        as candidaturas no processo eleitoral do ano de 2002; **b)** longo prazo: indicadores de acompanhamento  
695        e monitoramento permanente do SUS. Nesse sentido, Conselheiro **Sérgio Francisco Piola** apresentou  
696        dois documentos ao Colegiado: **Subsídio 01:** *Doze anos de Desenvolvimento do Sistema Único de*  
697        *Saúde: Avanços, Grandes Questões e Reforço de Rumos* e **Subsídio 02:** *Os Avanços e Desafios para*  
698        *o SUS Face às Principais Recomendações da 11ª Conferência Nacional de Saúde* e explicou que  
699        estariam em revisão a fim de serem transformados em um único documento. Conselheiro **Carlos**  
700        **Alberto Gebrim Preto** destacou as 11 Questões e Reafirmação de Rumos explicitados no documento  
701        **Subsídio 01:** *Doze anos de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços, Grandes*  
702        *Questões e Reforço de Rumos*, a saber: **a)** necessidades da população x oferta de serviços; **b)**  
703        atribuições na definição de necessidades; **c)** atenção básica e porta de entrada no SUS; **d)**  
704        reorganização dos serviços de Média Complexidade; **e)** investimento estratégico; **f)** a construção da  
705        equidade; **g)** reestruturação dos Programas “Verticais”; **h)** alternativas de Remuneração dos Serviços  
706        de Saúde; **i)** reorientação e transparência do orçamento e sua execução; **j)** política de Recursos  
707        Humanos no SUS; **k)** a regulação dos serviços dos gestores. Falou que o documento **Subsídio 02:** *Os*  
708        *Avanços e Desafios para o SUS Face às Principais Recomendações da 11ª Conferência Nacional de*  
709        *Saúde* fora elaborado segundo a visão da 11ª Conferência Nacional de Saúde e esclareceu que o  
710        documento não fora revisado merecendo uma maior atenção. Disse que na introdução do documento  
711        existia um preâmbulo e um histórico de todo o processo de ganhos e aquisições do sistema para  
712        chegar a atualidade. Reforçou que, tendo em vista que os dois documentos se completavam, o GT  
713        estaria trabalhando na elaboração de uma só versão para os dois documentos a ser apresentada na  
714        Reunião do CNS de julho. Por fim, apresentou o material de apoio utilizado na execução dos  
715        documentos e chamou atenção para os anexos, o primeiro, relativo ao Poder Executivo Federal no que

716 se refere à questão do financiamento e o segundo a respeito da questão de dados levantados pelo  
717 SIOPS sobre a aplicação e cumprimento da EC nº 29 pelos estados. Conselheiro **Sérgio Francisco**  
718 **Piola** completou esclarecendo que o **Subsídio 01** tratava dos grandes Princípios do SUS como a  
719 questão e da integralidade, da atenção, da equidade, do acesso universal e descentralização e procura  
720 observar o avanço da implementação. No que se refere ao **Subsídio 02**, colocou que era, de certa  
721 forma, mais operacional. Destacou a importância da discussão dos documentos pelo Colegiado devido  
722 a relevância. Conselheira **Zilda Arns Neumann** falou que os documentos eram da maior importância,  
723 porém, destacou que não tivera oportunidade de lê-los. Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** lembrou  
724 que a questão do SUS surgira da preocupação do Conselho em discutir o seu papel em relação às  
725 estratégias do Colegiado frente às apresentações feitas de estabelecer uma estratégia entre o CNS e  
726 os Conselhos Estaduais e Municipais. A partir daí chegou-se a necessidade de realizar um balanço das  
727 políticas do SUS nos últimos 12 anos a fim de rediscuti-las. Em relação aos documentos, destacou a  
728 importância de redigir os documentos com linguagem popular e acessível para todos considerando a  
729 questão da descentralização, da assistência integral e do controle social tendo em vista que tais pontos  
730 constavam na Constituição Federal no capítulo referente ao SUS. E a partir daí realizar um balanço  
731 frente aos três pontos apresentados do SUS. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** falou que o  
732 GT assumia a importância da reafirmação de rumos iniciais definidos na Constituição Federal. Solicitou  
733 a leitura dos documentos para que fosse enviada contribuições para o CNS e esclareceu que o GT  
734 trabalharia na fusão dos dois documentos. Lembrou que, durante as discussões para elaboração dos  
735 documentos, o GT confirmou que os avanços, as dificuldades e os desvios não poderiam, em nenhuma  
736 hipótese, serem classificados entre posição e situação de determinado partido. Alertou também que os  
737 dois documentos eram parciais e não deveriam ser divulgados. Conselheiro **Edmundo Ferreira Fontes**  
738 chamou atenção para a necessidade de uma melhor análise sobre o acesso ao sistema pelo GT  
739 considerando a questão da demanda reprimida sob uma ótica mais ampla. Conselheiro **Sérgio**  
740 **Francisco Piola** esclareceu que o documento **Subsídio 02** tratava dos princípios norteadores do SUS  
741 e destacou dificuldade em definir os destinatários do documento. Conselheiro **Carlos Alberto Gebrim**  
742 **Preto** colocou que o documento deveria contemplar a questão do acesso ao atendimento, das  
743 demandas reprimidas, da resolutividade do sistema e que estaria trabalhando para isso. Coordenador  
744 **Nelson Rodrigues dos Santos** encerrou a apresentação ressaltando o apelo da coordenação do GT  
745 para o envio de contribuições. Lembrou que fora distribuído ao Colegiado a terceira edição do livro  
746 *Sistema Único de Saúde: Comentários da Lei Orgânica de Saúde* e destacou a presença da Senhora  
747 **Lenir Santos**, autora do livro. **ITEM 06 – PROJETO “CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS E**  
748 **MEMBROS DO MINISTÉRIO PÚBLICO”** – Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** apresentou o Relatório  
749 da Reunião do GT de Capacitação, realizada dia 21 de maio de 2002, destacando as seguintes  
750 propostas: **a)** elaboração de documento que registre o processo histórico da formação das Diretrizes  
751 Nacionais para a Capacitação de Conselheiros do CNS, as decisões das 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferências  
752 Nacionais de Saúde sobre capacitação e o Termo de Referência para o Programa de Apoio ao  
753 Fortalecimento do Controle Social no SUS; **b)** elaboração de documento que aponte e fundamente a  
754 análise dos produtos já elaborados pelo Consórcio responsável pela elaboração de material didático do  
755 Programa de Capacitação em curso que serviria de subsídio para as avaliações dos materiais didáticos  
756 do Programa; **c)** proposta para realização do Evento com a participação dos Conselhos Estaduais de  
757 Saúde, conforme aprovado na reunião do CNS, realizada em 09 de maio de 2002. No que se refere a  
758 proposta de realização do Evento destacou: **a)** objetivos do Evento; **b)** público alvo; **c)** convidados; **d)**  
759 data; **e)** programação. Conselheira **Ana Maria Lima Barbosa** destacou as atividades realizadas na  
760 última reunião do Comitê: **a)** análise da situação dos estados: Amazonas, Minas Gerais, Espírito Santo  
761 e Rio Grande do Sul; **b)** discussão sobre a grade de pontuação para seleção de monitores; **c)** análise  
762 do material do Subprojeto 2. Senhora **Isabel Maior**, Gerente do Projeto, prestou esclarecimentos  
763 acerca do *Subprojeto 2: Formação do Ministério Público e Magistratura Federal* no que se refere ao  
764 material apresentado pelo Consórcio sobre o projeto. Prestou esclarecimentos, ainda, sobre o  
765 *Subprojeto 1: Capacitação de Conselheiros* destacando como problema emergencial a incerteza frente  
766 à eficácia dos materiais disponíveis: Guia do Monitor, Guia dos Conselheiros e Materiais Audiovisuais  
767 para Capacitação e colocou a questão da falta de tempo como dificuldade. Ressaltou a importância da  
768 Reunião, a ser realizada no dia 11 de junho de 2002, para o desenvolvimento da capacitação e  
769 educação continuada de Conselheiros com a participação de todos os Conselhos Estaduais, o Grupo  
770 de Trabalho e o Comitê de Acompanhamento e que o Consórcio, a partir da reunião do dia 11,  
771 refizesse, segundo as necessidades, os Guias a fim de que os trabalhos de Capacitação de  
772 Conselheiros começassem. Conselheira **Cibele Osório** parabenizou a forma de apresentação da  
773 proposta do Evento pois fora apresentada de forma ampliada e democrática com participação de vários  
774 segmentos e discussão conjunta e manifestou apoio integral à proposta. Indagou sobre a metodologia  
775 que seria adotada pela reunião do dia 11 de junho. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**

776 informou que fazia parte do Comitê de Acompanhamento do Rio Grande do Sul e esclareceu que fora  
777 realizada reunião para analisar o *Guia do Monitor* e *do Conselheiro* e que foram encaminhadas as  
778 sugestões do Comitê ao CNS. Chamou atenção para pontos preocupantes do material como  
779 expressões “*preconceituosas*”, problemas conceituais, dentre outras, e destacou a importância da  
780 leitura do material pelo Colegiado a fim de que possam contribuir na reformulação dos Guias.  
781 Conselheiro **Carlos Alberto Gebrim Preto** expressou alívio no que se refere ao início do processo de  
782 informação junto aos Promotores e Procuradores, destacando que o processo seria um passo  
783 importante para o controle social que o SUS deveria ter. No que se refere ao Projeto de Capacitação de  
784 Conselheiros, falou dos recursos provenientes do REFORsus e o Consórcio que proporcionaria os  
785 materiais para capacitação. Comentou a importância do Projeto e reiterou preocupação no que se  
786 refere ao efetivo funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde nos pequenos e médios  
787 municípios. Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** perguntou qual o papel do Seminário, a ser realizado  
788 no dia 11 de junho e o Evento do dia 26 e 27 de junho. Conselheira **Ana Maria Lima Barbosa**  
789 esclareceu que na última reunião do CNS fora decidido que o GT trabalharia sob a visão de uma  
790 proposta mais ampla incluindo a questão da capacitação permanente de conselheiros. Disse que a  
791 reunião do dia 11 de junho analisaria, pontualmente, os Guias e a reunião do dia 26 e 27 de junho faria  
792 uma análise mais ampla e geral e que uma reunião não atrapalharia a outra. Conselheira **Maria**  
793 **Eugênia C. Cury** lembrou da proposta apresentada pelo GT no mês de maio sobre a realização de um  
794 evento que teria como eixo fundamental o processo de articulação do CNS com os Conselhos  
795 Estaduais, com repercussão nos Conselhos Municipais, a respeito da Capacitação e não só ao Projeto  
796 de Capacitação em vigor. Disse que o GT não concordou com a proposta apresentada pela Gerência  
797 do Projeto de realizar um encontro com a participação de todos os Conselhos e um questionário a ser  
798 respondido, pois se esperava que o evento não poderia ter por base, somente a análise dos materiais e  
799 ressaltou que um evento não invalidaria outro. Senhora **Isabel Maior** explicou que o foco da reunião do  
800 dia 11 de junho seria a análise do material didático de apoio à Capacitação e o Evento teria outros  
801 focos de interesse mais gerais. Ressaltou que, caso fosse necessário esperar outra reunião do CNS  
802 para deliberar a respeito das propostas oriundas da discussão do dia 11, nem mesmo com a aprovação  
803 do material didático na reunião seria possível realizar o Projeto. Concluiu destacando que a intenção da  
804 Secretaria de Gestão e da Gerência do Projeto, ao realizar a reunião, era agilizar uma avaliação  
805 aprofundada e democrática do material didático. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** justificou  
806 que o Evento do dia 26 e 26 de junho objetivava aprofundar e concretizar as decisões do CNS da  
807 reunião de maio, enfim, o Conselho retomaria o seu papel cuidando da Capacitação Permanente de  
808 Conselheiro com estratégias a serem definidas no Evento. Quanto à reunião a ser realizada no dia 11,  
809 disse que objetivava corrigir algumas distorções que ocorreram no andamento do Projeto. Conselheiro  
810 **Geraldo Adão Santos** perguntou, tendo em vista a aprovação do material e discussão na reunião e no  
811 evento, quando começaria, efetivamente, o processo de capacitação. Conselheira **Zilda Arns**  
812 **Neumann** endossou a preocupação de monitorar a questão das expressões utilizadas nos exemplos  
813 dos Manuais. Citou o trabalho da Pastoral da Criança sobre a confecção de material educativo que era  
814 “*testado*” em diferentes regiões para a partir daí ser distribuído para todo o país. Falou também do  
815 trabalho de treinamento promovido pela Pastoral da Criança e explicou que o critério para os  
816 convidados era experiência em Capacitação de Conselheiros. Colocou que em reunião com a *TV*  
817 *Futura* foi apresentada Proposta de Treinamento de Conselheiros à Distância. Solicitou a presença de  
818 um representante na reunião do dia 26 em virtude de sua ausência, devido viagem a Angola, tendo sido  
819 aprovada a sua solicitação. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** chamou atenção para discussão a  
820 respeito do Subprojeto 2 no que se refere a garantia de privilégios à essa área. No que se refere ao  
821 material didático, destacou que o conceito de saúde apresentado no Manual teria de ser o da  
822 Constituição Federal, da Lei Orgânica e deveria mostrar os avanços do SUS no decorrer dos anos.  
823 Completou ressaltando que material e monitores deveriam considerar e analisar a realidade local  
824 devido à diversidade brasileira. Conselheira **Ana Maria Lima Barbosa** destacou os problemas do  
825 Manual apresentados pelo Colegiado, destacando o problema da utilização de determinadas  
826 expressões, conceito de cidadania, falta de relação do Guia do Monitor com o Guia do Conselheiro,  
827 dentre outros. Completou ressaltando a importância da discussão com os Conselhos Municipais,  
828 Conselhos Estaduais, Conselho Nacional de Saúde e Ministério Público. Afirmou que o material seria  
829 analisado na reunião do dia 11 a fim de receber contribuições e, aprovado, em outra oportunidade.  
830 Informou que o Subprojeto 02 do Ministério Público fora totalmente modificado com contribuição de  
831 vários consultores, mas precisaria de adaptações. Por fim, apresentou proposta da Conselheira **Maria**  
832 **Leda de R. Dantas** sobre a realização de ensaios pelos segmentos a fim de divulgar os temas a serem  
833 discutidos. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** comentou a questão dos problemas relacionados ao  
834 material, esclarecendo que o Termo de Referência dos Guias não era seguido. Ressaltou sérios  
835 problemas de concepção e declarou que a discussão para reorientação do material seria complexa e,

nesse sentido, destacou a importância dos Conselhos na reunião dos dias 26 e 27 de junho. Quanto à previsão do início do Projeto de Capacitação, disse que, a partir da aprovação de todo material, o processo imediatamente começaria. Declarou que o público alvo da reunião dos dias 26 e 27 de junho seria todos os Conselhos Estaduais, assim, justificou que a Pastoral da Criança bem como outras entidades não foram convidadas diretamente pois já fariam parte do evento. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** propôs que o convite para reunião fosse estendido à Confederação Brasileira das Santas Casas, ao CONASS e ao CONASEMS enquanto entidades nacionais. Senhora **Isabel Maior** falou da dificuldade de agradar a todos no que se refere a forma de apresentação do material. Completou informando que a única oportunidade para o início do Projeto seria começar no mês de julho de 2002 e terminar em dezembro de 2002, tendo em vista que a última fatura do REFORSUS teria de ser entregue até 15 de fevereiro. Disse que a única maneira para implementação do processo de capacitação era o treinamento de, no mínimo, 300 monitores para que um número maior de turmas pudesse ser capacitado ao mesmo tempo. Concluiu esclarecendo que, caso o Projeto não fosse realizado no ano de 2002, o recurso seria devolvido, representando um grande prejuízo para o país e prejuízo para os estados que começaram a capacitação e pararam a fim de esperar as decisões do Projeto. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** apresentou a proposta do Rio Grande do Sul de publicação de um Pequeno “Manual” de legislação com a Constituição, Lei Orgânica dentre outras para ser distribuído aos Conselheiros. A seguir, Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** informou que a Secretaria Executiva do Conselho providenciara uma revisão e atualização das Bases Legais do SUS, a ser publicada pela Editora do Ministério. Senhora **Isabel Maior** esclareceu que estaria prevista a impressão do Capítulo da Legislação, do Controle Social, Participação Social, Saúde e Comunidade. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** chamou atenção para importância do ponto de pauta referente às Diretrizes Curriculares na Área da Saúde para o Nível Médio e Superior, Projeto de Educação Tecnológica e Outros: Panorama Geral, Agenda do CNE e CNS e ressaltou proposição do Colegiado sobre uma agenda de pontos importantes comuns entre a saúde e educação a fim de pactuar com o CNS uma reunião permanente entre o CNS e CNE. *Submetida à apreciação do Colegiado, a proposta de realização do Evento foi aprovada por unanimidade.* **ITEM 07 – DIRETRIZES CURRICULARES NA ÁREA DA SAÚDE PARA O NÍVEL MÉDIO E SUPERIOR, O PROJETO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E OUTROS: PANORAMA GERAL. AGENDA CNE – CNS –**

Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** falou da necessidade de criar pontos sistemáticos a partir de atribuições comuns e legais entre o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Educação a fim de criar GT's comuns para trabalhar com as Diretrizes Curriculares e outros pontos em reuniões conjuntas com Comissões Intersetoriais, principalmente a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos. Destacou a presença do Professor **Francisco Aparecido Cordão**, representante do MEC, Professor **Éfrem A. Maranhão**, representante do MEC, Professor **Athaíde Alves**, Senhor **Paulo Seixas**, Coordenação Geral da Política de RH para o SUS do MS, e do Doutor **Gilson Cantarino O'Dwyer**, Representante da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH. Esclareceu que fora acordada, preliminarmente, apresentação das bases e princípios seguidos na questão que se refere às diretrizes curriculares para o ensino médio e superior. Professor **Francisco Aparecido Cordão**, representante do MEC, agradeceu a oportunidade e esclareceu que faria exposição geral da estrutura nacional e do novo paradigma para organização da educação nacional a partir das Diretrizes Nacionais. Disse que, segundo a nova LDB, a estrutura da Educação Nacional era dividida em dois níveis: **a)** Educação Básica, subdividida em: educação infantil, ensino fundamental e ensino médio; **b)** Educação Superior: cursos seqüenciais, cursos de graduação, cursos de extensão. Disse que, paralelamente a esses dois níveis existia a Educação Profissional para jovens e adultos, representando uma oportunidade para educação do trabalhador ou para aqueles que não tiveram acesso à educação básica na devida época, podendo ser presencial, alternativas de educação à distância, e exames supletivos, no nível do ensino fundamental e médio. Destacou, também, a educação técnica, ressaltando que este tipo educacional não poderia substituir a etapa do nível básico. Justificou que a nova LDB propunha uma nova concepção de educação profissional pois determinava a articulação das várias dimensões de educação, de trabalho, de ciência e de tecnologia. Colocou que a Educação Profissional dividia-se em: **a)** nível básico; **b)** nível técnico; **c)** nível tecnológico. Informou, ainda, que a Nova LDB, propunha um novo paradigma na organização curricular para Educação Profissional em que o currículo seria o meio para desenvolver competências. Nesse sentido, esclareceu que o compromisso da escola seria com o perfil profissional de conclusão, considerando qual o perfil do técnico a ser formado para, a partir daí organizar o seu currículo. Falou, também, que a organização seria centrada na noção de competência profissional que seria a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades e valores para conduzir a um desempenho eficiente e eficaz das atividades requeridas pela natureza do trabalho. Apresentou os passos a serem seguidos pela escola na organização curricular, a saber: **a)** Projeto Pedagógico da Escola; **b)** definição do Perfil Profissional de

conclusão por itinerário de profissionalização obedecidas as diretrizes curriculares nacionais; **c)** definição das competências profissionais; **d)** identificação dos conhecimentos, habilidades e valores a serem trabalhados pelas escolas; **e)** organização curricular, incluindo estágio avaliação da aprendizagem; **f)** elaboração do Plano de Curso. Completo informando que as Diretrizes Nacionais para o Nível Técnico definidas e aprovadas no Parecer nº 16/99 do CNE e na Resolução nº 04/99 do CNE, em dezembro de 1999, seriam obrigatórias para todos os cursos de níveis técnicos. Esclareceu que estariam em discussão as Diretrizes Nacionais para Educação Profissional de Nível Tecnológico, nesse sentido, declarou que houvera uma Audiência Pública, realizada em fevereiro, para discutir a questão. Disse que dia 17 de junho seria realizada outra Audiência Pública Nacional, em São Paulo, para continuar a discussão e dia 21 de junho aconteceria Audiência Pública para ouvir as propostas e sugestão dos interessados em Brasília. Por fim, colocou que todos os Planos de Cursos autorizados seriam disponibilizados na internet em um Cadastro Nacional de Cursos de Nível Técnico e em um Cadastro Nacional de Cursos Tecnológicos. Professor **Éfrem A. Maranhão**, representante do MEC, agradeceu a oportunidade de participar da discussão e esclareceu que a sua apresentação estaria centrada na Educação Superior. Esclareceu, primeiramente, que as Diretrizes Nacionais para Formação em Nível Superior estava focada em uma visão de competências e evidências científicas ao invés de ênfase na visão conteudista de matérias. Disse que o desafio para implementação das Diretrizes seria, principalmente, a mudança para uma concepção extremamente nova em que o professor passaria de transmissor de conhecimentos para mediador, facilitador do processo de ensino aprendizagem. Destacou que as escolas formavam os profissionais a partir de um currículo anacrônico, fechado, que não davam chances às instituições de se modernizarem. Como primeira dificuldade encontrada, destacou a junção entre quem forma e quem utiliza os profissionais formados. Nesse sentido, declarou que fora adotada a estratégia de construir coletivamente as Diretrizes com Audiência Pública. Falou da Conferência Mundial sobre a Educação Superior, ressaltando as seguintes tendências para uma Política de Formação: **a)** pertinência; **b)** qualidade; **c)** gestão e financiamento; **d)** cooperação internacional; **e)** reorientar estratégias ou as seguintes tendências. Lembrou que o Plano Nacional de Educação fora aprovado no final do ano de 2001 e informou que o capítulo que se referia ao financiamento fora vetado pelo Presidente. Completo afirmando que apenas 4,1% do PIB era investido na educação e que a proposta que fora vetada pelo governo solicitava 7%. Nesse sentido, mostrou preocupação no que se refere à implementação e expansão de Políticas de Formação com qualidade com limitações financeiras. Reforçou que a Educação Profissional dividia-se em: **a)** nível básico: independe de formação acadêmica; **b)** nível técnico: ensino médio concluso ou concluindo; **c)** nível tecnológico: nível superior. No que se refere à área da saúde, afirmou que a tendência de trabalho seria com o técnico e tecnológico. Quanto à formação profissional, destacou: **a)** formação técnica/tecnológica; **b)** graduação; **c)** pós-graduação; **d)** aperfeiçoamento/especialização; **e)** mestrado profissional. Explicou que o doutorado estaria voltado, especificamente, para formação do pesquisador, assim, não estaria voltada para perspectiva de formação profissional. Prosseguiu ressaltando que o problema da formação não seria resolvido com o aumento do tempo do processo de formação, por essa razão, enfatizou a necessidade de financiamento para educação permanente nas várias profissões. No que se refere à formação, declarou que duas perspectivas deveriam ser consideradas: **a)** abordagem individual: indivíduo, cidadão, profissional; **b)** abordagem institucional. Completo que o indivíduo deveria ser agente ativo no processo e que a instituição garantisse as condições para que os indivíduos pudessem exercer o processo ensino/aprendizagem. Nesse sentido, explicou que a idéia no processo de formação por competências seria capacitar o indivíduo a perceber que o “conteúdo” que é ensinado seria útil para sua atividade profissional. Destacou, assim, as seguintes competências: **a)** saber; **b)** saber fazer; **c)** saber ser. Quanto aos currículos, falou que a nova proposta era de formação de um cidadão que tivesse competências para resolver os problemas de saúde não exclusivista de doença a partir da concepção da Lei Orgânica de Saúde que define competências que permitiria o “trânsito” nacional e internacional, mas compromissado com a realidade local e nacional. No que se refere à credibilidade profissional, destacou os seguintes aspectos: **a)** autonomia profissional; **b)** rejeição ao mercantilismo; **c)** aperfeiçoamento técnico-científico; **d)** promoção da saúde; **e)** justiça das atitudes e ações; **f)** ética profissional; **g)** benefício incondicional ao paciente. Explicou que a proposta de um novo modelo para as Diretrizes Curriculares necessitaria de uma reorientação da formação em que o aluno seria o responsável por seu aprendizado, o que incluía a organização do seu tempo e a busca de oportunidades para aprender. Nesse sentido, o currículo seria integrado e integrador e forneceria uma linha condutora geral, no intuito de facilitar e estimular o aprendizado. Quanto à escola, destacou a necessidade de oferecer uma grande variedade de oportunidades de aprendizado através de laboratórios, experiências e estágios comunitários, bibliotecas e meios eletrônicos. Disse que o aluno era precocemente inserido em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional. Destacou que as competências gerais na área da saúde funcionava como uma linha integradora como:

a) autonomia intelectual; b) tomada da decisões; c) comunicação; d) liderança; e) administração e gerenciamento; f) capacidade de auto-avaliação; g) habilidade de se adaptar as mudanças; h) a habilidade de lidar com o inesperado. Justificou que as Diretrizes Nacionais estariam sob uma concepção moderna na linha de não cartorização, nesse sentido, os diplomas de cursos superiores reconhecidos, quando registrado, terão validade nacional como prova da formação recebida por seu titular, diferentemente do que definia a revogada Lei nº 5.540. Por fim, esclareceu que a tendência seria que a Universidade fosse responsável pela formação de qualidade e as ordens ou conselhos profissionais pelo registro, regulamentação e controle profissional, que terão de ser avaliados e revalidados, periodicamente. Com isso, a sociedade seria a grande beneficiada com profissionais bem formados, competentes e continuamente atualizados. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** destacou o Art. 200 da Constituição Federal, que define com clareza o papel que o SUS possui na formação dos recursos humanos para saúde. Continuou afirmando que a área de recursos humanos era a que tinha mais dificuldade tanto do ponto de vista da regulação, das relações de trabalho quanto de adequar o que seria a constituição desse novo sistema a uma formação adequada para esse novo SUS universal, integral. Lembrou que a CIRH, na pessoa da Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**, participou da discussão sobre as Diretrizes Curriculares para Graduação e Ensino Médio e informou que o CNE acatou as propostas apresentadas pela comissão e aprovadas no CNS, tal fato ilustrou a integração que deveria reger as relações entre os dois Conselhos. Justificou que a Comissão tinha a tarefa de instrumentalizar o CNS para tomada de decisões, de caráter intersetorial com representação de vários segmentos. Por fim, disse que a integração entre o CNS e o CNE era importante e desejável. Senhor **Paulo Seixas**, Coordenador Geral da Política de RH para o SUS do MS, agradeceu a oportunidade de apresentar o PROMED, Programa que pretende orientar a formação dos médicos do Brasil. Falou que a aprovação das Diretrizes Curriculares para Área da Saúde, em especial para a área de Medicina, incentivou mudanças curriculares que começam com o PROMED. Nesse sentido, afirmou que a base de sustentação para a iniciativa do programa foi toda a discussão social para a construção das Diretrizes Curriculares. Em relação ao PROMED, disse que era a área médica que possuía a maior dificuldade de formação, de inserção do profissional e que o problema da especialização precoce era mais evidente, por essa razão, o Programa começou trabalhando com essa área. Completou esclarecendo que o objetivo do PROMED seria, a partir das diretrizes e da construção de consenso, encaminhá-las, construir o caminho de transformação necessária para implementação das mesmas a fim de orientar a formação dos médicos. Destacou o processo de implementação das Diretrizes feito segundo três eixos, a saber: a) produção de conhecimento com base nas necessidades do sistema; b) reforma curricular, propriamente dita, e da estratégia de formação com incorporação de metodologias ativas no currículo; c) diversificação dos cenários de práticas e integração da escola médica com os serviços de saúde e a utilização da rede do sistema instalado como base para formação médica. Informou que o Programa não era um processo de formação de médico de família, mas sim orientar a formação do médico geral que consiga atuar de forma competente no Sistema como um todo. Citou experiência particular para ilustrar a necessidade de integração das ações entre as diversas áreas médicas a fim de serem mais eficazes. Quanto à operacionalização do Projeto, justificou que fora construindo junto ao MEC e, nesse sentido, existia uma Portaria Interministerial que instituía uma Comissão de Acompanhamento do Programa com várias instituições relacionadas ao processo de formação e uma Secretaria Executiva que conduziria o Projeto. Explicou que a idéia do Programa não era, simplesmente, selecionar e incentivar escolas a participarem do processo, mas foi feita uma convocatória para escolas que tinham os seguintes pré-requisitos básicos: a) o Projeto teria de ter a anuência do gestor do sistema; b) autorização da direção da escola e do nível de decisão superior; c) a escola deveria ser reconhecida legalmente. Nesse sentido, esclareceu que 48 escolas estariam passando por um processo com Seminários Regionais em que uma equipe do MEC e consultores trabalhariam, em conjunto com essas escolas, a qualificação dos seus Projetos. Colocou que o Projeto estava orçado em R\$ 24 milhões de reais para três anos e a idéia seria que a cada semestre, mediante as metas que as escolas construíam, seria agregado recurso novo. Por fim, disse que já há incentivo para discussão das Diretrizes na área da enfermagem e a idéia seria a de incorporar, progressivamente, novas escolas e novas iniciativas. Quanto aos Seminários Regionais, informou que ocorreria em SP e estariam iniciando na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste e que as respostas eram grandes e positivas e que a estratégia de articulação entre a instituição formadora e o serviço estaria sendo alcançada. Conselheiro **Sérgio Luiz Magarão** cumprimentou as apresentações feitas e mostrou preocupação para o fato de que a figura do professor como facilitador não tem sido evidenciada e a figura dos especialistas como facilitador. Destacou que o médico e o professor deveriam ser indivíduos com sólida cultura e sólidos conhecimentos técnico-científicos. Nesse sentido, afirmou que o professor deveria transmitir as suas experiências para os alunos e poderia mediar o aprendizado, caso a experiência fosse trazida. No que se refere às Diretrizes Curriculares, declarou que

o “casamento” entre a Universidade e Sistema de Saúde deveria ser incentivado. Lembrou oficinas realizadas pelo Conselho no sentido de observar a posição do Hospital Universitário, no âmbito do sistema de saúde, e declarou como resultado a constatação de que o Hospital não estaria, propriamente, inserido no SUS. Completou destacando as medidas propostas pelas oficinas para que o “casamento” entre a Universidade e o SUS se realizasse. Citou que esse seria um ponto de trabalho afim entre o CNE e CNS. Mostrou preocupação, também, que o processo de auto-avaliação, que ocorre há algum tempo nas Universidades, não constava nas Novas Diretrizes Curriculares. Declarou que, segundo a nova proposta, o produto seria importante, e nesse sentido, perguntou se existia proposta de avaliação desse produto. Professor **Éfrem A. Maranhão** esclareceu que a avaliação estava prevista nas Diretrizes e não só do resultado, mas também do processo. Assim, ressaltou que a idéia era realizar uma avaliação permanente do processo e do resultado. Disse que a educação tem evoluído bastante no que se refere à avaliação periódica por meio de avaliação de condições de oferta no ensino superior e provão. Justificou que a autorização para determinado curso era válida por 5 anos e falou do processo de avaliação das instituições chamado de Recredenciamento e destacou a Resolução do CNE no sentido de que todas as instituições de ensino superior, mesmo as antigas, passariam por um processo de avaliação a fim de incentivar a melhoria da qualidade das mesmas. Completou esclarecendo que o diploma só poderia ser expedido por instituições que tivessem o curso reconhecido. Por fim, agradeceu a oportunidade e se colocou à disposição para discussões futuras. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos**, devido à falta de tempo, sugeriu que os Conselheiros inscritos encaminhassem uma breve notificação escrita como sugestão à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e propôs o tempo de 10 minutos para esclarecimentos sobre o PROMED. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** destacou que as Audiências Públicas agendadas para os dias 17 e 21 seriam realizadas no sentido de consolidar as Diretrizes Curriculares da Educação Tecnológica, e sugeriu solicitação de tempo ao CNE para que o Plenário apresentasse suas posições a respeito do assunto. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** propôs que o Plenário delegasse à Comissão participar das Audiências e a CIRH definiria o representante do CNS nos eventos. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** lembrou que o FENTAS solicitara, por meio de ofício, a intermediação de Audiência Pública entre o CNE e o CNS, com a participação dos trabalhadores, gestores, segmentos envolvidos, academia, no sentido de realizar ampla discussão sobre a Educação Tecnológica com o segmento da área da saúde. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** reforçou a proposta apresentada pelo Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** e propôs a realização de outras Audiências Públicas entre os dois Conselhos. Conselheiro **Francisco da Chagas Monteiro** indagou como estava sendo feita a atuação com a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médio – CINAEM. Perguntou, ainda, a respeito da abertura de novas escolas e como ficaria a discussão sobre a legislação de saúde. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** perguntou à Comissão de Recursos Humanos se a proposta do PROMED chegou a ser apreciada pela Comissão. Mostrou preocupação com o fato de o Programa não ser uma Política do Ministério, com a adesão voluntária das escolas e chamou atenção para o fato de o Ministério destinar recursos da sua própria programação orçamentária para o Programa. Discordou da afirmação de que a problemática da formação dos médicos era fundamental, considerando que tal atitude reforçava a centralização das atividades em um único profissional. Nesse sentido, perguntou se o Programa seria destinado somente à área médica ou existia perspectivas de ampliação, se continuaria como um Programa e a respeito do orçamento. Conselheira **Zilda Arns Neumann** ressaltou a necessidade da formação ser generalista e capacitar os médicos a atenderem 90% das ocorrências. Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** lembrou o Ensino Médio e o Ensino Básico, considerando que a força de trabalho de saúde seria composta, na sua maioria, pelo nível médio e nível básico. Senhor **Paulo Seixas**, Coordenador Geral da Política de RH para o SUS do MS, esclareceu que a CINAEM possuía uma estratégia de se articular mais regionalmente e realizar discussões com o conjunto das escolas no âmbito estadual e esclareceu que o Programa estaria apontando alguns caminhos para acelerar o processo em determinados lugares. Falou da questão dos conteúdos, esclarecendo que não existia uma recomendação explícita de incorporação de determinado conteúdo, justificando que as Diretrizes especificariam os conteúdos mínimos a serem tratados. A respeito da criação de escolas, disse que se tratava de um problema que deveria ser melhor discutido. Explicou que a estratégia do Programa estaria inserida em um conjunto de ações, ou seja, não se tratava de uma iniciativa isolada, tendo em vista que se fundamentava na possibilidade de valorização do médico geral que fazia parte de uma política mais ampla. Destacou duas estratégias para implementação do programa, a primeira relativa ao financiamento do projeto e a segunda referente a escolha de uma área. Nesse sentido, esclareceu que a área médica fora escolhida por ser a mais crítica, porém, ressaltou que havia articulação com a enfermagem e que, certamente, iria se estender a outras áreas. Destacou que não existia nenhum país do mundo com um projeto de mudanças curriculares com a intensidade do Projeto e afirmou que não era o momento do Projeto se ampliado

para outras áreas. Reforçou que a idéia inicial da proposta seria trabalhar com o recurso de R\$ 24 milhões de reais para três anos, aproximadamente para 20 escolas, a fim de qualificação do corpo interno escolar, eventualmente para contratação de consultor e pequenos ajustes de material. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** reforçou o avanço da discussão e falou da proposta de pauta sobre o PROMED, bem como as justificativas para discussão e agradeceu a presença do Professor **Paulo Seixas**. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: apresentação da Proposta da Política de Formação de Recursos Humanos do Ministério da Saúde. Aprovada a proposta de encaminhamento. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** sugeriu que a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos produzisse um subsídio para discussão no Plenário sobre onde estaria a Política de Recursos Humanos Global do MS. Conselheiro **Climério Rangel Júnior** reforçou a proposta de encaminhamento apresentada pela Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** de delegar a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos a levar um posicionamento e dúvidas a respeito das Diretrizes Curriculares, principalmente, no que diz respeito à Formação Tecnológica como delegação do Plenário. *Aprovadas as propostas de encaminhamentos, por unanimidade.*

**ITEM 08 – RELATO E DISCUSSÃO DA REUNIÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE.** – Conselheiro **Carlos Alberto Gebrim Preto** apresentou o Resumo Executivo da Reunião Ordinária da Tripartite, realizada dia 16 de maio de 2002, com os seguintes pontos de pauta: **a)** regulação, controle e avaliação na NOAS; **b)** implantação da NOAS; **c)** atualização do Cartão da Criança; **d)** recursos de Municípios; **e)** descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – ECD; **f)** qualificação de Estados – NOAS 01/2002; **g)** habilitação de Municípios. No que se refere ao item sobre a NOAS, destacou que houve grande discussão, principalmente, no que se refere às responsabilidades definidas entre as três esferas de governo sobre o funcionamento de alguns instrumentos, como as centrais de regulação, protocolos clínicos operacionais, centrais de marcação de consultas, exames de leitos dentre outras questões. Apresentou, ainda, versão reformulada da Deliberação da Diretoria do CONASEMS sobre Recursos Humanos do SUS de 15 de maio de 2002, chamando atenção para solicitações sobre: **a)** PACS; **b)** revisão do teto de epidemiologia e controle de doenças (TFCD); **c)** Programa de Saúde à Família (PSF); **d)** reajuste do valor do PAB; **e)** extinção do “Código 7”, em âmbito nacional, negociando outra solução de pagamento; **f)** definição de contrapartida aos municípios para reposição de funcionários federais e estaduais; **g)** discussão tripartite do financiamento de expansão necessária da força de trabalho na reorganização dos sistemas locais de saúde. Destacou, nesse sentido, a necessidade de proposições para solução das questões destacadas. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** esclareceu que os pontos apresentados pelo Conselheiro **Carlos Alberto Gebrim Preto** fazem parte de uma Deliberação da Diretoria do CONASEMS encaminhada ao MS e ao CONASS e que as questões poderiam ser resumidas a duas questões: do financiamento e gestão dos recursos humanos. Conselheiro **Elias Rassi Neto** destacou as dificuldades de 10 estados para implantação da NOAS esclarecendo se tratar dos estados da Região Norte e Nordeste, com exceção do Espírito Santo. Por essa razão, propôs discussão mais específica sobre a implantação da NOAS na Região Norte e Nordeste pelo CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde e CNS. Prestou esclarecimentos a respeito da repercussão do documento do CONASEMS na Tripartite, esclarecendo que existiu, por parte do MS, uma compreensão que o documento fora mal colocado no momento, porém, após discussão, o CONASEMS reformulara o documento e a situação fora resolvida. Por fim, colocou que as solicitações do CONASEMS seriam discutidas, posteriormente respondidas e submetidas à apreciação do Colegiado. Conselheiro **Carlos Alberto Gebrim Preto** se colocou à disposição para eventuais esclarecimentos e esclareceu que caso tenha tido um eventual desentendimento em relação ao documento já fora superado. Reforçou que o CONASEMS considerava a pactuação das três esferas do governo para solucionar eventuais impasses. Conselheiro **Francisco da Chagas Monteiro** destacou a importância da apresentação, mas chamou atenção para o fato de ser a visão dos gestores, ou seja, um dos quatro segmentos que compõem o CNS. Destacou a importância da visão dos outros três segmentos: os usuários, os prestadores de serviço e os profissionais de saúde. Falou da questão do “Código 7”, esclarecendo se tratar de uma forma de pagamento desde o antigo **INAMPS** em que os médicos, ao realizarem cirurgias e partos, receberiam o pagamento direto na conta do profissional. Declarou que o “Código 7” era utilizado pelas Santas Casas do interior e os médicos que trabalhavam em municípios mais distantes. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** destacou a dificuldade de acesso dos usuários e ressaltou, também, a dificuldade do prestador em oferecer os serviços. Citou o caso do estado de Minas Gerais, que possui 853 municípios, com dificuldade de implementação da NOAS, em virtude de obrigar os municípios pequenos a assumirem determinadas ofertas de serviço que não teriam condições de assumir. Colocou que muitos municípios não conseguiam oferecer a atenção básica e indagou como seria oferecida a atenção ampliada nas condições que a NOAS seria implantada. Pediu esclarecimentos acerca do item referente à revisão da tabela e incorporação de novos itens.

1136 Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** declarou posição contrária a Lei de Responsabilidade Fiscal pois  
1137 prejudicava e reduzia a ação dos Municípios. Justificou que a relação estado, município e governo  
1138 federal sobre a questão dos recursos humanos não fora resolvida por uma dificuldade de discussão dos  
1139 três níveis de governo em discutir a questão com os trabalhadores. Concordou com as colocações do  
1140 Conselheiro **Francisco da Chagas Monteiro** no que se refere a melhor discussão das questões de  
1141 pactuação e ressaltou a discussão de distribuição de rendas. Comentou, ainda, a questão do agente  
1142 comunitário de saúde colocada no documento do CONASEMS. Conselheira **Maria Luiza Jaeger**  
1143 propôs discussão a respeito do "Código 7" e chamou atenção para necessidade de discussão sobre a  
1144 operacionalização do Art. 35 da Lei Orgânica de Saúde. Conselheiro **Elias Rassi Neto** endossou a  
1145 proposta de aprofundar a discussão do "Código 7" e chamou atenção para item da Tripartite sobre a  
1146 proposta de mudança do cartão que poderia auxiliar na construção do relacionamento do serviço de  
1147 saúde com os usuários na medida que apresenta exigência de preenchimento mais completos para  
1148 atendimento à criança. Conselheiro **Gianni Franco Samaja** destacou a dificuldade de discutir  
1149 determinadas questões tendo em vista a falta de resolutividade de problemas da Tripartite. Conselheira  
1150 **Maria Eugênia C. Cury** propôs que a discussão sobre os assuntos apresentados como o "Código 7"  
1151 fosse ponto de pauta na reunião de julho do CNS. Conselheira **Zilda Arns Neumann** propôs  
1152 apresentação dos técnicos que trabalham na questão do código para esclarecimentos. Conselheiro  
1153 **Solon Magalhães Viana** sugeriu que a proposta de discussão apresentada pela Conselheira **Maria**  
1154 **Luiza Jaeger** fosse discutida em um segundo momento da reunião. Esclareceu que o Conselho não  
1155 estaria totalmente informado sobre as diferentes modalidades de remuneração de provedores, nesse  
1156 sentido, sugeriu que Conselheiro **José Carvalho de Noronha** apresentasse uma visão panorâmica  
1157 sobre as vantagens e desvantagens das diferentes formas de remuneração dos profissionais de  
1158 instituições. Conselheiro **Francisco da Chagas Monteiro** esclareceu que o assunto não era discutido  
1159 no âmbito total do SUS, mas sim pontualmente. Concordou com a proposta de discussão apresentada  
1160 pelo Conselheiro **Solon Magalhães Viana** advertindo para que a questão não fosse discutida  
1161 pontualmente como "Código 7". Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** endossou a proposta de  
1162 apresentação sobre as modalidades de remuneração dos profissionais de instituições. Conselheiro **Luiz**  
1163 **Gonzaga Araújo** mostrou preocupação sobre a questão dos Agentes Comunitários de Saúde  
1164 esclarecendo que existiam propostas sobre a questão tramitando no Congresso. Destacou a  
1165 necessidade da presença dos representantes da categoria a fim de discutir a situação desses  
1166 trabalhadores. Conselheira **Cibele G. de Mello Osório** destacou também a questão dos Agentes  
1167 Comunitários de Saúde e afirmou que a única forma de contratação seria por meio da Carteira de  
1168 Trabalho assinada, contribuição do INSS, direito a Fundo de Garantia. Esclareceu que a contratação  
1169 dos Agentes por meio de cooperativas seria irregular, pois consistia em um descumprimento da  
1170 legislação trabalhista. Por fim, endossou a importância da representação dos Agentes Comunitários na  
1171 discussão. Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** sugeriu que a discussão dos agentes comunitários de  
1172 saúde fosse pautada separadamente à proposta de discussão apresentada. Conselheiro **Carlos**  
1173 **Alberto Gebrim Preto** explicou que não se desejava, simplesmente, a extinção do "Código 7" e  
1174 destacou a necessidade de definição de financiamento para pagamento de recursos. Sobre a questão  
1175 da vinculação, esclareceu que a NOB-RH previa plano de cargo, carreira e salário dentre outros itens.  
1176 Com relação à contratação dos Agentes Comunitários de Saúde, informou que existia um Projeto de Lei  
1177 para criação da profissão e destacou que a ocupação das grades de funcionários das Prefeituras era  
1178 feita de forma irregular, tendo em vista que a ocupação de agente comunitário formalmente não existia.  
1179 Chamou atenção para a importância de discussões no âmbito do conjunto de ações que  
1180 desencadeariam mais atenção à saúde da população e não simplesmente corporativas. Falou da  
1181 questão da demanda reprimida destacando que o estado de Minas Gerais possuía dificuldades  
1182 pontuais inerentes como os demais estados. Informou que muitas das questões pontuais foram  
1183 estabelecidas no momento em que os gestores estaduais e municipais fecharam a questão do  
1184 "comando único", assim, o município que agregasse serviços dos seus satélites estaria sob gestão  
1185 plena e, na reformulação da NOAS, o município pode continuar na gestão do estado. Coordenador  
1186 **Nelson Rodrigues dos Santos** propôs a seguinte proposta de encaminhamento: que o Colegiado  
1187 aprovasse uma comunicação à Tripartite afirmando que o elenco de questões levantadas pelo  
1188 CONASEMS na última reunião da Tripartite suscitou um ponto de pauta para discutir as modalidades  
1189 de remuneração de provedores. **ITEM 09 – ACOMPANHAMENTO DO ORÇAMENTO E EXECUÇÃO**  
1190 **ORÇAMENTÁRIA NO SUS** – Professor **Elias A. Jorge** apresentou o Relatório da COFIN destacando  
1191 as seguintes novidades: **a)** decisão nº 143/02 do Plenário do TCU reconhecendo a "base móvel" para  
1192 fins de cumprimento da EC nº 29 e aponta o procedimento a ser adotado, em caso de descumprimento  
1193 do mínimo constitucional e reconhecida a posição do CNS, pela área técnica do Governo Federal,  
1194 sobre qual variação do PIB seria considerada quando do estabelecimento do limite mínimo para fins de  
1195 contingenciamento da EC nº 29; **b)** desfecho da Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADIN nº 2538-4

que provocou manifestação da AGU, informando que o Parecer AGU nº GM – 016 de 29.12.2000, perdeu o Efeito Normativo em 17.12.2001; **c)** sugestões de alteração na Resolução nº 316 de 04/04/2002, do CNS sobre Diretrizes para Implementação e Regulamentação da EC nº 29, com inclusão da décima diretriz, alteração do Parágrafo Único da sexta diretriz e revisão geral da redação; **d)** manutenção do atual ritmo de Execução Orçamentária e Financeira apontando para um horizonte de Restos a Pagar, em 2003, superior a R\$ 4 bilhões; **e)** reunião extraordinária, realizada em 28/05/2002, da COFIN/CNS, com representantes de Tribunais de Contas, da SPO/MS, da SIS/MS, da SOF/MPOG e da Coordenação do SIOPS, conforme deliberação do CNS; **f)** questões não abordadas na Resolução e que necessariamente deverão fazer parte da Lei de Regulamentação da EC nº 29; **g)** apresentação de dados disponíveis sobre a situação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, relativamente ao financiamento do SUS, com reapresentação dos dados atualizados das 3 esferas de poder. Em seguida, submeteu à apreciação do Colegiado a versão final da Minuta da Resolução nº 316 e apresentou três propostas para deliberação, sugerindo ao Plenário que: **a)** aprove a Redação da Resolução nº 316 de 04.04.2002, conforme Minuta – Versão Final; **b)** determine a Coordenação Geral do Conselho a priorizar a homologação e disseminação da Resolução nº 316 de 04.04.2002; **c)** aprove como pauta prioritária, das próximas discussões sobre a Regulamentação da EC nº 29 os tópicos relacionados no item 3 do relatório; **d)** aprove o relatório e as sugestões nele contidas. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu que fosse acrescido à sexta diretriz o trecho “*assistência à saúde da criança e da mulher*” considerando que o Brasil assumira o compromisso de priorizar a assistência à saúde da criança. Prof. **Elias A. Jorge** esclareceu que o objetivo do inciso sexto era contemplar a saúde em todos os níveis de complexidade. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** lembrou que fora aprovado pelo Colegiado o trecho “*assistência à saúde em todos os níveis de complexidade*” incluiria todos os segmentos com exceção da saúde indígena e saúde do trabalhador que possuíam legislação própria. Sugeriu consulta à fita da reunião para definir o acréscimo do trecho a sexta diretriz. Após exaustiva discussão, Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** apresentou as seguintes propostas de encaminhamento: **a)** acréscimo do trecho “*prioridade à criança*” ao item VI da sexta diretriz: recusada, com dois votos a favor dos Conselheiros: **Climério Rangel Júnior** e **Zilda Arns Neumann**; **b)** consulta à fita da reunião em que a decisão tomada prevaleceria: aprovada com dois votos contrários a decisão dos Conselheiros: **Climério Rangel Júnior** e **Zilda Arns Neumann**. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** pediu esclarecimentos sobre o item 8 da sétima diretriz. Prof. **Elias A. Jorge** esclareceu que para estados e municípios o financiamento da saúde era feito com uma parcela da receita de impostos. Assim, não poderia ser feita uma operação de crédito para financiar a saúde, mas, caso seja necessário o pagamento de juros com a receita de impostos de uma operação de crédito feita por uma ação de saúde, poderá ser contabilizada como despesa de saúde. Por fim, Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** colocou em votação: **a)** o Relatório da COFIN: aprovado por unanimidade; **b)** sugestões de questões que deveriam fazer parte da Lei de Regulamentação da EC nº 29: aprovadas por unanimidade; **c)** minuta da versão final da Resolução nº 316: aprovada por unanimidade. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** sugeriu que a Resolução nº 316 fosse encaminhada para os Conselhos, para os Governadores, Prefeitos e Secretários de Fazenda. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** informou que o documento seria remetido a todos os gestores, todos do controle social e todos os parlamentares. Prof. **Elias A. Jorge** esclareceu que a Resolução seria roteiro para o TCU, o Ministério Público Federal e seria o núcleo do Projeto de Lei sobre a Regulamentação da EC nº 29 e que a divulgação do documento seria ampla e irrestrita. Senhor **Rodrigo Pucci**, representante do SIOPS, prestou esclarecimentos acerca do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, destacando:**a)** objetivo geral: desenvolver um banco de dados sobre financiamento e gastos em saúde sob responsabilidade das três esferas de governo; **b)** objeto específico: acompanhamento do cumprimento da EC nº 29, aumento da transparência das informações sobre financiamento e gastos em saúde, apoio a gestão e elaboração de políticas públicas nas três esferas, padronização das informações. No que se refere à estratégia da coleta de dados, esclareceu que os dados coletados seriam os contábeis, aqueles que constavam no balanço ou balancetes e esclareceu que o programa de coleta possuía uma interface amigável, compatível com o Windows, com recursos de ajuda do manual feito com base em transmissão pela internet pelos gestores. Destacou o apoio de núcleos estaduais, dos COSEMS's, do DATASUS para auxiliar na coleta de dados municipais. Em relação a qualidade dos dados, informou que estariam sendo implantadas gradativamente uma série de verificações de consistências dos dados. Como principal avanço do SIOPS, no ano de 2001, destacou a parceria com a Secretaria do Tesouro no preenchimento dos demonstrativos da Lei de Responsabilidade Fiscal. Apresentou o sistema de coletas de dados esclarecendo que até 2001 a informação era anual e a partir 2002 passaria a ser semestral e em 2003, as informações seriam anuais para municípios com menos de 50 mil habitantes e para municípios com mais de 50 mil habitantes as informações passariam a ser bimestral. Destacou alguns indicadores médios de receitas e despesas

com saúde e apresentou os resultados. Apresentou a página do SIOPS na internet demonstrando a sua operacionalização. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** perguntou o que fora considerado como gasto de saúde. Senhor **Rodrigo Pucci** explicou que o sistema era feito por meio auto-declaração e que eram descontados da despesa os gastos com inativos e as receitas com operação de crédito. Disse que até 2000 as despesas com juros e amortização eram descontadas e dada a resolução do CNS houve uma mudança no cálculo a fim de descontar receitas de crédito. No que se refere à receita, explicou que foram feitas modificações no início de 2002 para incluir alguns itens que não entravam no cálculo. Conselheiro **Carlos Alberto Gebrim Preto** indagou qual o grau de confiabilidade dos dados do SIOPS. Senhor **Paulo Maneiros**, Técnico do SIOPS, falou da carta da Procuradoria que “obriga” os municípios que não preencheram o SIOPS a preencherem os dados de 2000 e 2001 e disse, também que fora solicitada a contribuição do Tribunal de Contas a fim de fazerem parte do núcleo de apoio ao SIOPS, no sentido de apoiar para que os municípios tenham a obrigatoriedade do preenchimento. Destacou parceria com Tribunal de Contas de São Paulo em que há informação de todos os municípios que preencheram e as auditorias em campos seriam realizadas com base nos dados disponíveis sobre os municípios. Esclareceu que o SIOPS fazia parte do relatório resumido dentro da Lei de Responsabilidade Fiscal contribuía para o fato de os municípios estarem cientes da obrigatoriedade do preenchimento das informações. Com relação ao grau de confiabilidade dos dados, destacou a utilização de uma série de filtros internos e externos com preenchimento obrigatório do filtro referente do FPM, do filtro ICMS e uma série de outras informações que garantiam uma certa confiabilidade dos dados dos municípios e estados. Ressaltou mudança no SIOPS em virtude da utilização da codificação definida na Portaria nº 180 e Portaria nº 163 da Secretaria do Tesouro em virtude da codificação simples anteriormente utilizada. Nesse sentido, destacou que o SIOPS de 2002 seria totalmente divergente do SIOPS de 2001. Prof. **Elias A. Jorge** afirmou que os dados do SIOPS a respeito de estados e municípios seriam os mais confiáveis já coletados até o momento. Destacou que a oitava diretriz da Resolução nº 316 seria um instrumento fundamental para a questão da confiabilidade. Completou ressaltando que o aumento da disseminação do SIOPS junto ao controle social aumentaria o grau de confiabilidade dos dados. Conselheiro **Carlos Alberto Gebrim Preto** destacou a importância da EC nº 29 garantir o mínimo de aplicação. Lembrou que o campo do saneamento era um dos últimos a serem preenchidos e mostrou preocupação com a confiabilidade dos gastos na área. Senhor **Paulo Maneiros** esclareceu que os dados a respeito dos gastos com saneamento não entrariam no cálculo e destacou que alguns estados estariam declarando empresas no demonstrativo de cumprimento da Emenda. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** falou da Portaria nº 560/01 do Tesouro Nacional devido à mudança do cálculo. Conselheira **Zilda Arns Neumann** destacou a importância e a confiabilidade do trabalho do SIOPS. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** solicitou pesquisa operacional à COFIN e ao SIOPS dos métodos para atingir as ferramentas, em um prazo curto, para realizar simulações de comportamento dos estados e municípios com aplicação literal da EC nº 29 e a Resolução nº 316. Conselheira **Zilda Arns Neumann** propôs avaliação das causas da baixa execução. Prof. **Elias A. Jorge** explicou que foram solicitadas notas técnicas sobre a baixa execução dos projetos de vários programas e sugeriu a seleção dos programas com baixa execução e convocarem a participarem da reunião da COFIN/SIOPS. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** solicitou que a Resolução nº 316 fosse disponibilizada na página do SIOPS bem como os dados de receita e execução orçamentária do MS. Senhor **Paulo Maneiros** esclareceu que as Portarias estariam sendo disponibilizadas aos poucos na página do SIOPS. A respeito dos dados da União, disse que os dados estariam prontos, porém, não foram disponibilizados por uma série de problemas. Prof. **Elias A. Jorge** falou que no Parecer da AGU existia uma lógica de cumprimento da Emenda. Declarou que havia três posições em relação ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no caso da União: do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e do Ministério de Planejamento Orçamento e Gestão. Lembrou que o MS concordava que a base para o cálculo era móvel e que o PIB seria o conhecido. Alertou para o fato de existir tentativas para recuperar o Parecer da AGU que definia a “base fixa”. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** sugeriu que o SIOPS e a COFIN tivessem uma pauta única mensalmente apresentada e agradeceu a presença dos técnicos do SIOPS. **ITEM 10 – AGENDA NACIONAL DE SAÚDE** – Senhor **Paulo Moraes Santa Rosa**, Assessor do Gabinete do Ministro, prestou esclarecimentos sobre a Agenda Nacional de Saúde destacando que era um instrumento capaz de auxiliar na visibilidade das Políticas nos diversos níveis de governo. Nesse sentido, destacou que o objetivo da Agenda era facilitar a sociedade no acompanhamento das execuções de Políticas de Saúde pelos diversos níveis de gestão, justificando que estava conectada ao Plano Plurianual – PPA. Esclareceu que a proposta para Agenda Nacional de Saúde de 2002 era trabalhar com os objetivos definidos na Agenda Nacional de 2001 com acréscimo do ponto referente à redução de acidentes nas grandes cidades, tendo em vista que a agenda de 2001 não pode ser acompanhada em sua plenitude. No que se refere às agendas dos estados, destacou o estado de São Paulo como exemplo de

1316 Agenda para todo o país, considerando que abordara aspectos não contemplados pela Agenda  
1317 Nacional. Ressaltou, ainda, a Agenda construída pelo estado do Rio de Janeiro esclarecendo que não  
1318 possuía pontos semelhantes aos apresentados na Agenda Nacional. Lembrou que os eixos a serem  
1319 trabalhados pela Agenda foram aprovados pelo Plenário, porém, não foi possível discutir os objetivos.  
1320 Nesse sentido, solicitou a aprovação da Proposta de Agenda para 2002. Declarou que não existia um  
1321 modelo de acompanhamento da Agenda e informou que a Agenda estaria, novamente, atrasada. Por  
1322 fim, reforçou que os estados e municípios estavam empenhados na construção de suas respectivas  
1323 Agendas. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** perguntou se a Agenda foi construída  
1324 segundo as Diretrizes da 11ª Conferência Nacional de Saúde e solicitou que, no aspecto referente ao  
1325 desenvolvimento dos recursos humanos do setor saúde, fosse implementada a Norma Operacional de  
1326 Recursos Humanos. Conselheira **Zilda Arns Neumann** perguntou a respeito do atraso da agenda e se  
1327 existia uma discussão sobre as atividades realizadas e não realizadas. Conselheira **Maria Eugênia C.**  
1328 **Cury** perguntou a respeito do período para realização da Agenda e mostrou preocupação com o  
1329 processo de avaliação dos resultados da Agenda. Por fim, questionou qual o grau de comprometimento  
1330 das Agendas Estaduais e Municipais com a Agenda Nacional e qual a proposta de parâmetros de  
1331 avaliação da Agenda de 2001 para construção de uma Agenda posterior. Em resposta às intervenções,  
1332 Senhor **Paulo Moraes Santa Rosa** informou que a Agenda de 2001 fora realizada antes da 11ª  
1333 Conferência. Disse que a Agenda sistematizava, de uma forma clara, todas as realizações do Ministério  
1334 da Saúde e as atividades previstas no PPA, considerando que os objetivos da Agenda eram  
1335 espelhados no PPA. Em relação ao acompanhamento das Agendas, esclareceu que, a partir do  
1336 acompanhamento dos programas, seria possível o acompanhamento da Agenda, porém, justificou que  
1337 não foi possível estabelecer um grupo de acompanhamento. Continuou declarando que a Agenda  
1338 rompia com a estrutura burocrática do MS e, em virtude de tal fato, existia uma certa dificuldade em  
1339 discuti-la no âmbito do MS. Declarou que a Agenda trabalhava com indicadores com cobertura  
1340 nacional, nesse sentido, citou o caso da malária que não foi contemplado na Agenda devido ao fato da  
1341 doença estar em todo o país, porém, esperava-se que, nos estados em que há incidência de casos da  
1342 doença, malária constasse na Agenda. No que se refere às metas, disse que a construção era  
1343 ascendente e pactuada e que não conseguira uma metodologia para ponderar a meta. Informou que os  
1344 objetivos da Agenda deveriam expressar a preocupação com o eixo principal. Explicou que não seria  
1345 possível implantar a NOB/RH às questões de recursos humanos devido o fato de não existir um  
1346 programa específico para isso. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** reforçou a importância de  
1347 discutir conjuntamente as atividades finalísticas e o processo. Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo**  
1348 perguntou se a questão do orçamento para Agenda estaria prevista no PPA. Senhor **Paulo Moraes**  
1349 **Santa Rosa** destacou que todos os objetivos previstos na Agenda possuíam recursos garantidos no  
1350 PPA. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** propôs que o tema fosse novamente pautado para  
1351 discussão e sugeriu que os GT's de Acompanhamento do SUS e do Desempenho do CNS  
1352 trabalhassem proposta sobre a discussão da Agenda Nacional para ser apresentada na reunião de  
1353 julho. Senhor **Gilson Cantarino O'Dwyer** destacou a dificuldade de formulação da Agenda e propôs  
1354 que o tema fosse pautado e o CNS se pronunciasse frente à apresentação do Senhor **Paulo Moraes**  
1355 **Santa Rosa**. **ITEM 11 – DELIBERAÇÕES PENDENTES** – Proposta de criação do GT para discutir o  
1356 mérito do Projeto de Lei que propõe a criação da APEC: Acordou-se os nomes das Conselheiras: **Maria**  
1357 **Luiza Jaeger, Graciara Matos de Azevedo** e dois representantes dos usuários a serem definidos na  
1358 semana subsequente à reunião. Conselheiro **Gilson Irenio Magalhães** destacou a falta de  
1359 cumprimento das deliberações do CNS e indagou qual a atitude a ser tomada frente ao  
1360 descumprimento das mesmas na ponta da rede. Denunciou o caso de cidadãos cadastrados nos  
1361 programas bolsa-escola, bolsa-alimentação dentre outros que não recebiam o recurso que tinha direito.  
1362 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** destacou a procedência do questionamento do  
1363 Conselheiro, nesse sentido, destacou a importância de estratégia política de mudança que teria como  
1364 agente principal e determinante a sociedade civil. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**  
1365 ressaltou a necessidade de uma posição do CNS frente à denúncia. Coordenador **Nelson Rodrigues**  
1366 **dos Santos** lembrou que estaria pautada discussão da CIAN para reunião de julho. **PROPOSTAS DE**  
1367 **PONTOS DE PAUTA PARA REUNIÃO DE JULHO: a) CIRH; b) CIAN – bolsa-alimentação; c) Mesa-**  
1368 **redonda sobre modalidades de remuneração dos provedores de serviços do SUS; d) apresentação do**  
1369 **documento do GT de Avaliação de Desempenho do SUS.** Coordenador **Nelson Rodrigues dos**  
1370 **Santos** mostrou preocupação com o fato de saturamento das pautas e destacou que a proposta dos  
1371 informes por escrito fora bem sucedida. Definidos esses assuntos, deu-se por encerrada a reunião.  
1372 Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: aos cinco de junho: **Ana Maria Lima Barbosa,**  
1373 **Augusto Alves Amorim, Carlos Alberto Ebeling Duarte, Carlos Alberto Gebrim Preto, Cibele**  
1374 **Gueresi de M. Osório, Clair Castilhos Coelho, Cláudio da Silva Rangel Júnior, Diógenes Sandim**  
1375 **Martins, Edmundo Ferreira Fontes, Eliane Aparecida Cruz, Elias Rassi Neto, Francisco da**

1376 Chagas Monteiro, Geraldo Adão Santos, Gianni Franco Samaja, Gilson Irenio Magalhães, Luiz  
1377 Gonzaga de Araújo, Maria Eugênia C. Cury, Maria Luiza Jaeger, Maria Natividade G. S. T.  
1378 Santana, Sérgio Luiz Magarão, Solón Magalhães Viana, Tito Oliani, Vera Lúcia Marques de Vita,  
1379 William Saad Hossne e Zilda Arns Neumann. Aos seis de junho: Ana Maria Lima Barbosa, Augusto  
1380 Alves Amorim, Carlos Alberto Ebeling Duarte,  
1381 Carlos Alberto Gebrim Preto, Cibele Gueresi de M. Osório, Clímerio da Silva Rangel Júnior,  
1382 Diógenes Sandim Martins, Eliane Aparecida Cruz, Francisco da Chagas Monteiro, Geraldo Adão  
1383 Santos, Gianni Franco Samaja, Gilson Irenio Magalhães, Luiz Gonzaga de Araújo, Maria Eugênia  
1384 C. Cury, Maria Luiza Jaeger, Maria Natividade G. S. T. Santana, Sérgio Luiz Magarão, Solón  
1385 Magalhães Viana, Tito Oliani, Vera Lúcia Marques de Vita, William Saad Hossne e Zilda Arns  
1386 Neumann.