



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

7 **ATA DA CENTÉSIMA VIGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS**
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56

ABERTURA: Aos quatro e cinco dias do mês de setembro de dois mil e dois, na sala de reunião **Conselheiro Omilton Visconde**, do Conselho Nacional de Saúde, realizou-se a Centésima Vigésima Terceira Reunião Ordinária do CNS. **ITEM 01 – ABERTURA, ATA E INFORMES: APROVAÇÃO DA ATA** – Aprovadas as Atas da 120^a, da 121^a e da 122^a Reunião Ordinária do CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** apresentou dúvida em relação à aprovação da Resolução nº 292 e perguntou se as alterações propostas a mesma, conforme constava na Ata da 122^a, teriam sido efetuadas. Nesse sentido, citou o item relativo a medicamentos para HIV/AIDS, reforçando a posição do Conselheiro **Elias Rassi Neto** de que todos os medicamentos teriam de ser apreciados pela CONEP e não simplesmente os medicamentos para HIV/AIDS como constava na Resolução. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** informou que a Secretaria Executiva analisaria a questão da Resolução nº 292 e, caso fosse necessário, o tema retornaria na 124^a Reunião do CNS. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** solicitou que, após efetuadas as alterações propostas pelo Colegiado, as Atas da Reunião do CNS fossem enviadas aos Conselheiros. **I – INFORMES:** Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** informou que os Conselheiros **Gilson Cantarino O'Dwyer** e **Maria Luíza Jaeger** foram convidados para representarem Partidos ou Coligações Partidárias e, assim, apresentarem o Plano de Governo de candidatos para a área da saúde. Prosseguiu esclarecendo que o Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** teve de declinar do convite para apresentar o Programa do Candidato **Anthony Garotinho**, tendo em vista a sua participação no CONASS e ser suplente de Conselheiro do CNS e que a Conselheira **Maria Luíza Jaeger**, titular do CONASS, solicitou licença da sua atividade no CONASS para apresentar as Diretrizes e os Compromissos do Partido dos Trabalhadores. Informou, também, que o Conselheiro **Willian Saad Hossne**, Coordenador da CONEP, receberia o título de Professor *Honoris Causa*, na Universidade de Brasília, devido ao trabalho desenvolvido como Coordenador da CONEP e convidou o Pleno do Conselho para participar da cerimônia. Nesse sentido, Conselheiro **José Carvalho de Noronha** propôs que o Colegiado, formalmente, aprovasse Moção de Louvor ao Conselheiro **Willian Saad Hossne** em relação à concessão do título de Professor *Honoris Causa* a ser entregue ao Reitor da Universidade de Brasília. Aprovada a proposta, por unanimidade. **INFORMES ENCAMINHADOS POR ESCRITO PARA APRECIAÇÃO DO COLEGIADO: Informe nº 1: Comissão de Coordenação Geral do CNS – CCG/CNS** – Considerando a relevância e inadiabilidade de equacionar os tópicos: **a)** capacidade de modalidade de remuneração de induzir a realização dos princípios e diretrizes do SUS; **b)** estratégias de adoção e utilização pelos gestores de novas modalidades; **c)** diretrizes para a regulamentação e aplicação do disposto nos artigos 26 e 27 da Lei nº 8.080/90; **d)** debates iniciados na Reunião Ordinária de agosto de 2002; a Comissão de Coordenação Geral assumiu mobilizar diretamente, no menor prazo, contribuições de especialistas e de gestão inovadoras e bem-sucedidas, com o compromisso de subsidiar o Plenário do CNS para debater e formular diretrizes e estratégias nas Reuniões Ordinárias de outubro e novembro de 2002. Nesse sentido, apresentou disposições iniciais do referido processo, a saber: **a)** justificativas dos subsídios elaborados pela Comissão de Coordenação Geral do Conselho Nacional de Saúde; **b)** o Conselho Nacional de Saúde e o Art. 26 da Lei nº 8.080/90. **Informe nº 2.** Conselheiro **Olympio Távora Corrêa**, na qualidade de representante do Conselho Nacional de Saúde na *Oficina de Custos em Saúde*, apresentou súmula das atividades do evento, sendo elas: **a)** apresentação de diversos estudos, em andamento, sobre Apuração de Custos em Programa de Saúde – PSF–, Determinação de Custos de Procedimentos da Atenção Básica, Atenção Básica, Apuração de Custos em Hospitais de Alta e Média Complexidade; **b)** apresentação do sistema de apuração de custos do *Grupo Hospitalar Conceição*; **c)** apresentação de experiências municipais de apuração dos custos de atenção à saúde da mulher e da criança, conduzida pela área de Economia da Saúde da UNIFESP, em parceria com 11 municípios do Estado de São Paulo; **d)** discussão, em grupo, das apresentações e questões propostas que resultou em sugestões, propostas e opiniões em processo de consolidação pela Secretaria de Políticas de Saúde, em parceria com o IPEA. Por fim, sugeriu que o assunto fosse pautado, tão logo pudesse ser disponibilizadas as conclusões. **Informe nº 3.** Do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde de Saúde – FENTAS: **a)** Moção de Repúdio assinada pelas Entidades que compõe

57 o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde – FENTAS, referente ao
58 Projeto de Lei nº 25/2002 que define o Ato Médico, baseado na Resolução CFM nº 1627/2001; **b)**
59 Moção de Repúdio, elaborada durante a 135^a Reunião de Diretoria do Conselho Federal de
60 Fonoaudiologia – CFF assinada por Entidades ligadas à Fonoaudiologia, relativa ao Projeto de Lei nº
61 25/2002, que trata do Ato Médico; **c)** Moção de Repúdio, elaborada durante o 6º Seminário Nacional
62 de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – SENADEn em maio de 2002, relativa ao Projeto de
63 Lei 25/2002, em tramitação no Congresso Nacional, que trata da definição do Ato Médico e encaminha
64 também a **Carta de Teresina**; **d)** Moção de Repúdio, elaborada durante o 31º Encontro Nacional do
65 Conselho Federal de Serviço Social e os Conselhos Regionais de Serviço Social – CFESS/CRESS,
66 realizado em Brasília/DF no período de 01 a 04 de setembro de 2002 contra o Projeto de Lei nº
67 25/2002, que define Ato Médico e dá outras providências; **e)** Moção de Repúdio elaborada no I
68 Congresso Extraordinário da Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI, realizado nos dias 24,
69 25 e 26 de maio de 2002 na cidade do Rio de Janeiro contra o Ato Médico; **f)** A realização do 5º
70 Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem – CBCENF, no período de 08 a 12 de setembro
71 de 2002, em Florianópolis – SC, cujo o tema central é “*A Enfermagem (Re) Descobrindo Saberes e*
72 *Práticas na Promoção da Saúde*”; **g)** A realização do Seminário Nacional de Segurança Alimentar e
73 Nutricional (folder anexo), nos dias 16, 17 e 18 de outubro de 2002 no Centro de Convenções de
74 Olinda – PE. **ITEM 02 – CANDIDATO JOSÉ SERRA OU REPRESENTANTE** – Conforme deliberação
75 da 122^a Reunião Ordinária do CNS, o Senhor **Geraldo Biasoto** apresentou ao Pleno do Conselho as
76 propostas do candidato à presidência **José Serra** para Área da Saúde. Agradeceu, primeiramente, a
77 oportunidade de apresentar o esboço das estratégias a serem seguidas na construção do SUS e
78 oferecer saúde pública de qualidade para população. Disse que as propostas do candidato foram
79 construídas com a participação de pessoas que tinham por grande meta o avanço da saúde. Lembrou
80 as grandes realizações alcançadas na área da saúde no período de administração do candidato **José**
81 **Serra** e, nesse sentido, destacou os seguintes avanços: **a)** estabilização dos fluxos financeiros no
82 âmbito do Sistema; **b)** Emenda Constitucional nº 29: responsabilidades de todos agentes federados na
83 execução das políticas e nas ações de saúde; **c)** novos formatos de transferência para o financiamento
84 como, por exemplo, a transferência fundo a fundo via PAB e via PAB variado, via Gestão Plena; **d)**
85 identificação do papel crucial do Ministério da Saúde em macro questões como a questão do
86 tabagismo, da obesidade, de hábitos saudáveis e regulação do segmento privado interessado na área
87 de saúde; **e)** criação da agenda da saúde suplementar e vigilância sanitária; **f)** introdução do
88 medicamento genérico no mercado e mecanismos de regulação de preços; **g)** dinamização da atenção
89 básica e da saúde da família; **h)** questões da alta e média complexidade: estruturação de redes,
90 especialmente de urgência e emergência e UTI/Neonatal e recuperação de uma parte da capacidade
91 de prestação de serviços por meio de criação, reformas e equipamentos de hospitais; **i)** área de
92 Recursos Humanos: Projetos como PROFAE, PITS e esforços para Capacitação do Programa de
93 Saúde da Família; **j)** esforços na área da AIDS e atenção à saúde indígena; **k)** avanços na área de
94 endemias, especialmente, no caso da malária e da cólera e doença de Chagas, apesar de fracassos
95 como na questão da dengue; **l)** viabilização do futuro da estruturação do sistema, tendo em vista que a
96 NOAS possibilitava a discussão de um sistema efetivamente hierarquizado com condições de gerar
97 uma estrutura de gestão capaz de suportar todo o peso do Sistema de Saúde Brasileiro. Em seguida,
98 apresentou os princípios básicos da Proposta: **a)** oposição à idéia de parcialização dos direitos à saúde
99 e fixação e defesa do direito constitucional de direito universal à saúde, viabilizando o acesso à
100 população que não chega ao sistema de saúde; **b)** importância de afinar a solidariedade entre as três
101 esferas de governo e considerar o SUS como um grande mecanismo de gestão. Proseguiu
102 esclarecendo que as grandes metas para a área da saúde estariam dentro do Programa de Governo
103 do candidato **José Serra** e, nesse sentido, explicou que seria criado um Caderno de Saúde a fim de
104 detalhá-las melhor e oferecer subsídios constitucionais na condução das atividades da saúde. Assim,
105 destacou as metas da Proposta, a saber: **I.** Universalização da saúde da família: disse que esse era o
106 ponto básico de toda a proposta de saúde, tendo em vista a multi abrangência do Programa e
107 destacou a importância da equipe do programa ser o mais resolutiva possível. Falou da importância de
108 estruturar um sistema que tivesse uma articulação bem definida a fim de que a população pudesse
109 enxergar a articulação entre os níveis primário, secundário e terciário. Esclareceu, que, na prática, tal
110 fato significava que o hospital deveria respeitar a equipe de saúde da família como porta de entrada do
111 sistema, referenciando os pacientes para os níveis mais complexos. Explicou que o Programa Saúde
112 da Família foi o grande elemento da expansão do acesso das pessoas ao Sistema de Saúde. Declarou
113 que o grande desafio era conseguir um Sistema efetivamente estruturado, com porta de entrada e
114 acesso a mesma e condições de referência aos níveis da saúde. Como mecanismo para viabilizar tal
115 fato, citou o PROESF, projeto que estaria para ser assinado junto ao Banco Mundial, que viabilizaria a
116 capacitação de Recursos Humanos nos vários níveis e representava um ganho na avaliação do
117 Sistema e na Atenção à Saúde e tinha como ponto principal o apoio a conversão do Sistema de Saúde

118 dos Municípios com mais de 100 mil habitantes. Destacou, nesse contexto, uma série de ações a
119 serem realizadas no âmbito dos mecanismos de gestão e dos ganhos da eqüidade dentro sistema,
120 como: **a)** Central de Regulação; **b)** Cartão Nacional de Saúde; **c)** identificação de, no mínimo, 20
121 regiões da atenção integral à saúde; **d)** assistência farmacêutica: avançar na distribuição de
122 medicamentos, incrementar as condições de atenção aos medicamentos excepcionais e estratégicos e
123 proposta de criação do Programa Auxílio Medicamento. **II.** Redução da mortalidade infantil: declarou
124 que era ponto de honra da proposta reduzir o número de mortes infantis para 20/1000 habitantes e,
125 para isso, ressaltou a importância de realizar ações de saneamento básico, ampliar o Programa Bolsa-
126 Alimentação, incrementar a UTI/Neonatal, melhorar a qualidade da assistência ao parto e ao início da
127 vida da criança e enfrentar as áreas de extrema pobreza a fim de recuperá-las e propiciar as mínimas
128 condições de vida aos seus habitantes. Falou da importância de redução da mortalidade materna e
129 falou de necessidades absolutas para controle de doenças por meio do aprofundamento dos
130 mecanismos de vigilância epidemiológica e mecanismos e combates a doenças como malária e
131 dengue. Nesse sentido, destacou a necessidade de reforçar os mecanismos de descentralização das
132 ações de controle e criar massa crítica do ponto de vista de capacitação de agentes, técnicos de
133 vigilância epidemiológica a fim de que tenham capacidade de gerar uma série de ações que permitam
134 a agilidade das ações de controle de endemias. No que se refere à questão da AIDS, declarou que
135 houve vários avanços, porém com metas a atingir como reduzir os novos casos de 10 para 6,8 por 100
136 mil habitantes e continuar com a distribuição gratuita do coquetel para as pessoas que necessitam do
137 medicamento. Ressaltou, também, a importância de avançar no que se refere aos direitos do usuário
138 de saúde e apresentou a proposta de criação de código de defesa do usuário da saúde pública
139 articulado a todo sistema de saúde, a uma **ouvidoria** do SUS, aos gestores, com um canal para que
140 possibilite identificar o que acontece na ponta e no conjunto do Sistema. Comentou a necessidade de
141 melhoria das condições do controle social, destacando que isso estaria sendo viabilizado por meio da
142 capacitação de Conselheiros, do reforço nas relações do Ministério Público e com juízes e de
143 mecanismos de formação continuada para os Conselheiros de Saúde. Na área de recursos humanos,
144 disse que a proposta era estabelecer desde vínculos mais precisos até geração de condições de
145 qualificação de técnicos de enfermagens e demais categorias de nível médio da saúde e todos os
146 agentes do Programa Saúde da Família desde o médico até o agente comunitário, passando, inclusive,
147 pela saúde bucal. Falou da importância, ainda, de reforçar programas de grande alcance como o PITS
148 que levava aos rincões do país médicos e enfermeiros. Disse da necessidade de melhorar o aparelho
149 formador brasileiro bem como estabelecer pré-condições, premiações e punições para os prestadores
150 de serviços segundo a estrutura e a qualificação de seus funcionários. Quanto à pesquisa em saúde,
151 disse que a proposta era institucionalizar uma agência de pesquisa em saúde, funcionando em
152 conjunto com o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia e que haja recursos
153 expressivos para que a mesma pudesse alavancar desde pesquisas básicas até pesquisas aplicadas.
154 Falou do dever para com o país de viabilizar as plantas de hemoderivados e comentou o espaço
155 aberto para realizar política industrial no âmbito da área farmacêutica e farmoquímica. Colocou a
156 questão dos medicamentos estratégicos e de vacinas a serem desenvolvidos. No campo do
157 financiamento, declarou que a Emenda Constitucional nº 29 não era suficiente e, nesse sentido,
158 justificou a necessidade de discutir a criação de Lei Complementar que especificasse melhor o que
159 eram as ações de serviço público em saúde e fixasse os patamares que a Emenda identificara para o
160 ano de 2004. Disse que o ponto mais importante da Emenda era fixar que todos os três agentes do
161 processo: União, Estado e Município tinham compromisso com o financiamento da saúde, assim, obter
162 a estruturação de um orçamento e de um sistema de planejamento que identifique os recursos que
163 cada um dos agentes aplicavam no processo. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** agradeceu as
164 informações prestadas pelo candidato e mostrou preocupação com o fato da ausência da questão da
165 saúde no campo. Falou da questão do envelhecimento e perguntou se havia alguma proposta para o
166 envelhecimento no Brasil, no ponto de vista da saúde. Conselheiro **Olympio Távora Corrêa**
167 demonstrou satisfação com a presença do Senhor **Geraldo Biasoto** como representante do candidato
168 **José Serra**. Porém, mostrou preocupação com a declaração de premiação e punição para os
169 prestadores e declarou que, atualmente, a maior punição era a má remuneração aos prestadores.
170 Falou, ainda, da questão de preconceito ao prestador privado da área de saúde e comentou se o
171 serviço de saúde seria prestado somente pelo serviço público, estatal e filantrópico, fazendo com que o
172 prestador privado, não filantrópico, saísse do SUS por inanição financeira. Conselheiro **José Carvalho**
173 **de Noronha** cumprimentou o Senhor **Geraldo Biasoto** pela apresentação e manifestou entusiasmo,
174 como representante da SBPC, pela proposta de criação da Agência Nacional de Pesquisa em Saúde,
175 cumprimentando a iniciativa. Em seguida, perguntou se a idéia da equipe social fora abandonada, se o
176 Ministro da Fazenda do candidato José Serra seria tratado como o Senhor Malan tratou o candidato
177 quando Ministro da Saúde e perguntou, ainda, a respeito da criação de uma Agência de Epidemiologia.
178 Em respostas às intervenções, Senhor **Geraldo Biasoto** declarou, primeiramente, que o tema do

179 envelhecimento era importante e, nesse sentido, informou que fora feito um Programa no horário
180 político sobre o tema. Disse que o grande beneficiado com as ações de saúde era a população idosa e
181 citou, como exemplo, a questão do medicamento e do Programa da Saúde da Família, afirmando que
182 o tema perpassava todas as propostas para saúde. No que se refere à saúde no campo, disse que o
183 PITS era um valioso instrumento e que, por meio de instrumentos, havia um avanço na questão do
184 campo. Quanto à remuneração, declarou que era necessário discutir a questão, tendo em vista que o
185 SUS pagava de forma distinta o mesmo serviço para entidades diferentes: hospital universitário, gestor
186 filantrópico, agente privado. Justificou a declaração sobre punição e premiação, esclarecendo que era
187 necessário premiar a qualidade a fim de que aqueles que oferecessem mais humanização e qualidade
188 no sistema ganhassem em relação ao geral do sistema. Declarou que a idéia de equipe social estava
189 mantida, porém destacou que a dificuldade era os diferentes níveis de aplicação, pois de um lado
190 possuía um macro nível que era discutir, do ponto de vista da condução das políticas, a política social
191 e a econômica em conjunto. Nesse sentido, destacou a existência de áreas que necessitavam de ação
192 intersetorial urgente, ressaltando a necessidade de definição das mesmas a fim recuperá-las. Sobre a
193 vigilância epidemiológica, não apresentou nenhuma posição tendo em vista que o candidato não
194 possuía nenhuma posição conclusiva a respeito do tema. Esclareceu que a APEC fora encaminhada
195 no calor de uma disputa e falou da importância de condições de integrar o Sistema de Informação.
196 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** apelou para que as perguntas do Colegiado ao
197 representante fossem sucintas. Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** declarou que o representante ao
198 falar o Código de Defesa do Usuário da Saúde Pública não citara o Conselho Nacional de Saúde que
199 era o órgão, em um código de defesa, o mais capacitado para gerar esse instrumento. Declarou, ainda,
200 que ao tratar da questão dos Recursos Humanos não fora citada a NOB/RH. Perguntou em que
201 medida o governo José Serra consideraria o Conselho Nacional de Saúde em sua plenitude e
202 capacidade de gerar respostas. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** mostrou preocupação com
203 o fato da relação com os Conselhos de maneira geral e indagou se haveria disposição por parte do
204 próximo Ministro da Saúde em respeitar o Conselho Nacional de Saúde. Conselheira **Gysélle S.**
205 **Tannous** perguntou a respeito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência,
206 aprovada pelo CNS, que demorara um ano e meio para ser publicada, destacando que os números
207 recentes do censo apontaram que 14,5% da população brasileira era portadora de algum tipo de
208 deficiência. Nesse sentido, perguntou se havia previsão de ações específicas, dentro do plano de
209 prioridades, para melhoria do atendimento, em termos da alta e média complexidade, na reabilitação
210 das pessoas vitimadas pela violência, pelo trânsito e pela ineficiência do sistema. Em respostas às
211 perguntas, Senhor **Geraldo Biasoto** disse que, no que se refere ao controle social, houvera um
212 amadurecimento na relação entre Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Nesse sentido,
213 disse que no próximo Governo, certamente, haveria um bom nível de discussão entre as duas partes.
214 Destacou que havia questões extremamente relevantes na NOB/RH que seriam conduzidas. Sobre a
215 questão da Ouvidoria, disse que toda estruturação seria feita em conjunto com o CNS e, nesse
216 sentido, justificou que várias propostas do Conselho foram implementadas como o SIOPS, o Programa
217 de Capacitação de Conselheiros. Explicou que a Ouvidoria, na verdade, tratava-se de uma instância,
218 dentro do Executivo, que articulasse algumas relações entre gestores difíceis de serem articuladas no
219 sistema atual. Sobre a questão dos portadores de deficiência, disse que se tratava de um tema de
220 extrema relevância e havia uma série de ações especificadas no Programa. Conselheiro **Diógenes**
221 **Sandim Martins** perguntou, dentre os três maiores princípios do SUS, qual era considerado de maior
222 importância estratégica e de que forma isso estaria contemplado no Programa para que, em quatro
223 anos, tivesse um impacto relevante na saúde da população. Conselheiro **Carlyle Guerra de Macedo**
224 perguntou como seria tratado o problema da equidade no Programa do Governo **José Serra** e se a
225 saúde participaria da elaboração das políticas públicas vinculadas ao desenvolvimento e de que
226 maneira. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** declarou que os Programas relativos à questão
227 da AIDS não eram discutidos no Conselho e, nesse sentido, citou os Programas AIDS I e AIDS II que
228 geraram dívida externa. Disse, ainda, que o Programa AIDS III, o Projeto Fundo a Fundo em forma de
229 incentivo aos 27 Estados também não foram submetidos à apreciação do Conselho. Nesse sentido,
230 disse que a relação entre Ministério da Saúde e Conselho tinha muito a melhorar, tendo em vista que
231 os Projetos sobre AIDS e outros Projetos do MS junto a outros países, com subsídios do Governo
232 Brasileiro, não foram discutidos no Conselho. Disse que, apesar de se discutir enfaticamente a questão
233 dos recursos humanos, cada vez mais o número de trabalhadores da saúde e da educação diminuía,
234 assim, perguntou como ficaria essa questão no âmbito do SUS e na estrutura de Estado Mínimo.
235 Conselheira **Zilda Arns Neumann** lembrou compromisso assumido pelo Brasil na reunião de Metas
236 para Infância, realizada em maio de 2002, de reduzir 30% a pobreza, a miséria e a pauta de
237 saneamento, e, nesse sentido, indagou se a Proposta previa a execução desse compromisso.
238 Perguntou, ainda, a respeito de articulação intersetorial nos bolsões de pobreza e miséria, habitação,
239 saneamento básico, saúde mental, áreas de lazer, segurança alimentar entre outros, tendo em vista

que tais questões influenciavam diretamente na saúde. Em resposta às perguntas, Senhor **Geraldo Biasoto** esclareceu, primeiramente, que a eqüidade, integralidade e universalidade eram três faces de uma mesma questão e esclareceu que havia um foco bem articulado dentro do processo que possuía de um lado o Programa Saúde da Família em desenvolvimento que gerava demandas e viabilizava o acesso da população à saúde. Destacou, por outro lado, que o Programa Saúde da Família como porta de entrada ao sistema mais complexo, viabilizava o atendimento integral. No que se refere à questão da eqüidade, disse havia dois grandes pontos: um era as regiões menos desenvolvidas, com menos capacidade de oferecer saúde, o outro era a situação de algumas periferias em que o acesso à saúde era muito ruim. Nesse sentido, disse que essas questões seriam resolvidas a partir da institucionalidade da montagem de um novo sistema de gestão capaz de oferecer serviços de saúde mais universal e mais integrado. Declarou, em seguida, que não havia dúvidas quanto à participação da saúde nas políticas públicas, tendo em vista que a saúde estava bem a frente do ponto de vista da articulação descentralizada das políticas sociais. Falou, também, da necessidade de enfrentar a questão da pobreza do ponto de vista regionalizado e, nesse sentido, ressaltou a importância de identificar as microrregiões de pobreza extrema a fim de utilizá-las para observar o conjunto de pobreza colocado ali. Comentou a importância da área de saneamento e falou do compromisso do candidato tanto com o saneamento de regiões metropolitanas quanto no saneamento de áreas mais rurais e pequenas cidades que estaria sendo viabilizado por meio do Fundo de Pobreza. Declarou que não era de seu conhecimento o fato de os Programas sobre AIDS não terem sido discutidos no CNS. Falou da importância de discussão, principalmente do Programa AIDS III, considerando que envolvia uma estratégia de descentralização de atenção à AIDS. Por fim, afirmou, conforme apresentação do Plano de Governo para área da saúde, que não havia estado mínimo na Proposta, mas sim, Estados com atribuições muito bem definidas, necessidade de aplicação de recursos e requalificação de pessoal. Nesse sentido, ressaltou a importância de discutir a questão do vínculo trabalhista, do limite de 60% em Municípios que só gastam com pessoal. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** encerrou o ponto de pauta agradecendo a presença do Senhor **Geraldo Biasoto**.

ITEM 03 – ACOMPANHAMENTO DO PROJETO DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS – Conselheira **Ana Maria Lima Barbosa** apresentou relatório das atividades do GT de Acompanhamento do Projeto de Capacitação: **a)** Seminário sobre Capacitação de Conselheiros de Saúde, realizado nos dias 26 e 27 de julho de 2002, em Brasília: Relatório Final do Evento seria entregue a todos os Conselheiros; **b)** Reunião do Comitê de Acompanhamento, realizada no dia 05 de julho de 2002, em Brasília, com apreciação dos produtos referentes ao Subprojeto 1 – Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde e informe do Seminário ocorrido nos dias 26 e 27 de junho; **c)** Curso de Formação de Monitores: decisão do GT em acompanhar os Cursos nos Estados: I e II – Estados de São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro: sem participação do GT; III – Estado do Rio Grande do Sul: sem participação do GT; IV – Estados de Alagoas, Bahia, Sergipe, Piauí, Rio Grande do Norte e Pernambuco: participação da Conselheira **Maria Leda de R. Dantas**; V – Estados de Goiás, Tocantins e Distrito Federal: sem participação do GT; VI – Estados do Paraná e Santa Catarina: participação do Conselheiro **Carlos Alberto Gebrim Preto**; VII – Estados do Acre, Pará, Amapá, Roraima e Rondônia: participação da Conselheira **Ana Maria Lima Barbosa**; VIII – Estados do Ceará, Maranhão e Paraíba: participação do Conselheiro **Sérgio Luiz Magarão**; IX – Estados de Minas Gerais e Espírito Santo: participação do Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa**, Conselheiro **Luiz Gonzaga Araújo** e representante do CONASS, **Bernadete Boldrini**; X – Estado do Amazonas encontra-se em processo de negociação para realização da Capacitação de Conselheiros; **d)** Reunião do GT, realizada no dia 30 de agosto de 2002, em Brasília, com discussão, dentre outros, dos seguintes assuntos: **I.** Avaliação dos Cursos de Capacitação de Monitores realizados em vários estados; **II.** Atraso do material de apoio para o início do Curso de Capacitação de Conselheiros; **III.** Programação do Curso de Capacitação de Conselheiros com deliberação do GT em relação ao acompanhamento dos cursos; **IV.** Dificuldade de informações e, por isso, o GT decidiu por solicitar maiores informações sobre o Projeto à Gerência do MS, ao Consórcio e aos Conselhos Estaduais; **V.** Necessidade de melhor infra-estrutura para o pleno funcionamento do GT; **VI.** Problemas nos Estados de Minas Gerais e Amazonas para o início do processo; **VII.** Solicitação ao Consórcio de maiores informações sobre a divulgação, seleção e mobilização dos Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde, para o sucesso do curso de Capacitação; Importância de Cadastro de todos os monitores capacitados; **VIII.** Processo de Educação Permanente de Conselheiros; **IX.** Maior articulação com os Conselhos Estaduais; **X.** Necessidade de formulação de Plano de Trabalho para o GT. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** destacou, no que se refere ao processo, a importância de serem identificadas as necessidades a fim de utilizar os recursos e considerar a questão de empréstimos na saúde quando se entrava no processo posteriormente. Falou da importância de rever o modo de como eram feitas as licitações, tendo em vista que não se observava melhoria qualitativa nas relações com as entidades que foram selecionadas na licitação. Declarou, ainda, que as competências das

301 entidades, bem como as atribuições das pessoas que representavam esses organismos, não estavam
302 bem definidas. Ressaltou, nesse sentido, a importância da Capacitação dos Conselheiros do Conselho
303 Nacional de Saúde. Disse que fora um privilégio participar do Evento realizado em Recife, destacando
304 que o CNS se fortalecia nesse tipo de acontecimento pois contribuiu para abertura das possibilidades.
305 Justificou, ainda, que poderia ter sido melhor se algumas pessoas tivessem tido uma participação mais
306 ativa. Informou, em seguida, que fizera uma Conferência de abertura do treinamento de 200
307 Conselheiros Municipais, realizado em Florianópolis. Afirmou que percebera no Evento realizado em
308 Brasília, no Recife e em Florianópolis: grande vontade de acertar, crença enorme no controle social e
309 senso de responsabilidade, com superação das dificuldades. Coordenador **Nelson Rodrigues dos**
310 **Santos** informou que a Senhora **Isabel Maior** deixara a Gerência do Projeto e a Senhora **Rosane**
311 **Cunha** reassumira a função de Gerente do Projeto. Conselheira **Zilda Arns Neumann** solicitou que
312 constasse em Ata a sua indagação e que era inadmissível falta de material básico para começar o
313 Projeto de Capacitação de Conselheiros sob o risco de adiamento do processo. Nesse sentido, pediu
314 esclarecimentos acerca do problema ao Consórcio a fim que fossem solucionadas as dificuldades.
315 Senhora **Rosane Cunha** esclareceu que passava a compor o Comitê de Acompanhamento no lugar da
316 Senhora **Isabel Maior** e que a Senhora **Ana Cláudia** continuava no Projeto, especificamente no
317 Comitê de Acompanhamento. Em respostas à intervenção da Conselheira **Zilda Arns Neumann**, disse
318 que controle social não era produto, mas sim processo, e justificou o atraso do material, declarando
319 que acredita que teria de ser fruto da contribuição de todos, inclusive do CNS. Afirmou que o material
320 estava pronto, apesar de não ter sido um processo simples, possibilitando o cumprimento do
321 cronograma proposto para os meses subseqüentes. Informou, ainda, que o processo nos Estados do
322 Amazonas e Minas Gerais fora retomado. Disse que todos os núcleos estaduais estariam montados e
323 que os resultados do processo superara todas as expectativas. **ITEM 04 – CANDIDATO CIRO**
324 **GOMES OU REPRESENTANTE** – Conforme deliberação da 122ª Reunião Ordinária do CNS, a Frente
325 Trabalhista composta do PDT, PTB e PPS e seus respectivos representantes Senhor **Hésio Cordeiro**,
326 Senhor **José Eri Medeiros** e Senhor **Antônio Sérgio Arouca**, apresentaram ao Pleno do Conselho
327 Nacional de Saúde os compromissos do candidato à Presidência da República **Ciro Gomes** em
328 relação à saúde, bem como as Diretrizes Gerais do Plano de Governo do referido candidato. Senhor
329 **Antônio Sérgio Arouca**, inicialmente, manifestou satisfação da Frente Trabalhista em estar presente
330 no Plenário do CNS, tendo em vista que os representantes da Frente participaram das batalhas que
331 deram origem ao texto da Constituição. Nesse sentido, disse que a Frente Trabalhista tinha
332 compromisso com a democratização da área da saúde, com o controle social e com a criação do
333 Sistema Único de Saúde que assume a diversidade e a complexidade da área brasileira. Declarou que
334 o documento com os *Onze Compromissos* dirigido aos presidenciáveis era um dos documentos mais
335 maduros e sólidos redigido nos últimos anos sobre a área da saúde e que representava a maturidade e
336 o sucesso do SUS. Continuou declarando que o Projeto SUS era da sociedade brasileira e, nesse
337 sentido, representava um Projeto de Reforma Democrático do Estado Brasileiro, bem maior que um
338 simples programa de governo. Declarou que a candidatura Ciro Gomes e a Frente Trabalhista
339 assumiam os *Onze Compromissos* apresentados pelo CNS e afirmou que em um eventual governo
340 Ciro Gomes, o Conselho deveria ser parceiro, avaliador e fiador da efetiva implementação dos
341 referidos compromissos e de outros que a candidatura assumia. Informou que os representantes dos
342 três partidos que compunham a Frente Trabalhista apresentariam os princípios que seus respectivos
343 partidos aprovaram e apresentaram para a área da saúde que estariam consubstanciados na *Carta*
344 *Compromisso com o Conselho Nacional de Saúde*. Esclareceu, ainda, que estava disponibilizado no
345 site da candidatura do PPS, PDT e PTB um documento preliminar, que fora elaborado antes da
346 constituição da Frente Trabalhista, totalmente ultrapassado e, assim, deveria ser desconsiderado tendo
347 em vista que não representava as propostas da Frente Trabalhista para área da saúde. Senhor **José**
348 **Eri Medeiros**, Representante do PTB, manifestou satisfação por estar presente no CNS e
349 cumprimentou a participação da Conselheira **Zilda Arns Neumann**, desde 1991, no CNS. Em seguida,
350 afirmou que, nos últimos quatro anos, o Partido trabalhava com uma estratégia de 14 metas, e que era
351 o responsável pela coordenação da área da saúde. Disse que o maior compromisso era com o SUS,
352 com as decisões do Congresso emanadas por meio das Leis nºs 8.080/90 e 8.142, bem como na
353 execução dos princípios e na condução do controle social. Destacou a importância do Conselho
354 Nacional de Saúde na execução das ações de saúde e, nesse sentido, citou a 9ª Conferência e a
355 discussão da questão da dengue no país. Declarou que a Frente Trabalhista entendia que o Conselho
356 teria responsabilidade em conjunto com o Ministério da Saúde e suas Instâncias. Afirmou que o
357 princípio da descentralização seria defendido a todo momento, bem como a transferência fundo a
358 fundo com conta única. Colocou, ainda que o princípio da intersetorialidade nortearia toda a Proposta,
359 com discussão do PSF e PACS segundo esse princípio. Ressaltou a importância de interação
360 intergovernamental e comentou a dificuldade de contratação de recursos humanos na base. Citou
361 Congresso realizado em Blumenau a fim de justificar que, das dezessete propostas básicas da Carta,

praticamente dez estariam vinculadas aos compromissos assumidos pelos Municípios. Senhor **Hésio Cordeiro** esclareceu que a Frente Trabalhista fora constituída a partir da experiência do movimento sanitário o que facilitou a delimitação dos campos da saúde, assim, declarou que não haveria problemas na implementação das políticas e definições propostas pela Candidatura Ciro Gomes. Destacou que era consenso da Frente que o processo do SUS era um processo permanente de construção e superação de aspectos que não foram resolvidos e de reconstrução na medida em que se sentia ameaçado. Saudou a Conselheira **Zilda Arns Neumann** pela condução dos trabalhos da Pastoral da Criança e citou o convênio firmado com a Pastoral, em 1985 que obtivera grandes resultados. Nesse sentido, destacou que a Política Ciro Gomes para saúde seria de parceria e interação com organismos da sociedade, dos prestadores de serviços e as instituições públicas e privadas. Ressaltou que a intersectorialidade era um dos aspectos centrais a ser considerado que envolvia uma reconstrução do conceito de seguridade social que se perdera ao longo dos anos. Afirmou que o documento *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes* apontava os rumos e os desarranjos do conceito de seguridade e seus impactos. Declarou que o SUS deveria ser entendido a partir da pactuação com os diferentes níveis de governo, em um processo descentralizado com envolvimento do controle social e aprofundamento dos mecanismos de repasse de recursos. Reforçou a importância de superar a questão de mecanismo de pagamento por prestação de serviço, comentando o pagamento por meio de orçamentação e trabalho por meio de metas de resultados e comentou o fato de todas as instituições serem niveladas como prestadores de serviços. No que se refere à política de recursos humanos, declarou que era fundamental para melhoria de qualidade, consolidação e resolutividade do SUS. Falou dos avanços conquistados nos últimos anos e, nesse sentido, citou a Norma Operacional de Recursos Humanos que era inspiradora e decisiva no sentido de informar as políticas federal, estaduais e municipais de implementação de planos de carreira e diretrizes para valorização dos profissionais de saúde. Proseguiu esclarecendo que a questão dos Recursos Humanos envolvia uma ampla articulação com as Universidades e com o aparelho formador de recursos humanos em saúde, envolvendo a formação e a educação continuada. Quanto à eqüidade, disse que era o desafio central que o governo federal enfrentaria, destacando a necessidade de assegurar os instrumentos e alocação de recursos que permitissem contrabalançar a situação de dificuldade de acesso de segmentos populacionais em áreas do país. Senhor. **Antônio Sérgio Arouca** saudou todos os Conselheiros do CNS, em especial, Conselheiro **Carlyle Guerra de Macedo** pela luta na Reforma Sanitária do país. Em seguida, apresentou ao Pleno do Conselho a *Carta Compromisso com o Conselho Nacional de Saúde*, apresentando, primeiramente, as Propostas do Governo Ciro Gomes, tendo em vista que a área da saúde não era uma ilha isolada e, por essa, só poderia ser entendida no conjunto das propostas que estabeleciam as diretrizes do Programa fazia parte de uma Proposta de Governo. Nesse sentido, destacou a importância de criar um Estado capaz de enfrentar os desafios contemporâneos e comentou o fato de o Estado estar desfinanciado e não ter criado a capacidade de ser um elemento gerador de desenvolvido. Citou como elemento causador do desfinanciamento do Estados a política de trabalho com a poupança externa que possuía as mais altas taxas de juros do mundo e que comprometiam de forma efetiva o Orçamento Público da União. Assim, declarou que a primeira proposta do Governo Ciro Gomes era de mudança da economia política do país, promovendo reforma tributária e simultaneamente reforma da Previdência a fim de estabelecer uma Política econômica que incentivasse a constituição de uma poupança nacional que gradativamente substituisse a poupança externa feita sob a forma de empréstimos. Falou da necessidade de qualificar e tornar mais eficazes os Programas Sociais, tornar a Justiça mais efetiva. Comentou a questão da globalização, destacando a necessidade de criação de uma identidade nacional a partir da afirmação da natureza e da cultura brasileira. Reforçou o compromisso de fortalecimento da democracia que era viabilizado por meio de uma reforma política que garantisse, cada vez mais, o efetivo exercício da cidadania. Afirmou que a idéia da democracia representativa teria de ser fortalecida a partir da reforma do campo da política, bem como as idéias de democracia direta. Nesse sentido, disse que a reforma da saúde era um exemplo, pois não saíra de gabinetes burocráticos e citou a reforma sanitária que nascera de movimentos sociais, de trabalhos comunitários e da luta pela democracia. Declarou que o modelo de articulação entre a democracia representativa e a democracia direta devia ser ampliada para todo o Estado brasileiro. Esclareceu que o documento enviado pelo Conselho fora estudado pela Frente Trabalhista e pelo Candidato Ciro Gomes junto a toda sua assessoria de governo e que havia possibilidade de assumir, na íntegra, todos os compromissos apresentados. Proseguiu destacando um conjunto de compromissos, a saber: **a)** defesa intransigente dos princípios e das bases de organização do SUS como um sistema público de saúde conquistado pela sociedade; **b)** implementação dos princípios básicos do SUS; **c)** saúde como padrão de vida que envolve questões como salário, moradia, educação, alimentação dentre outros; **d)** redução dos desníveis regionais de mortalidade infantil e da mortalidade por agravos e condições específicas de maior relevância na

423 saúde. Falou da importância de mudança do atual Modelo Assistencial resultante de um compromisso
424 da sociedade brasileira. Para isso, apresentou proposta de, nos primeiros dias de governo Ciro
425 Gomes, convocar uma Conferência Nacional de Saúde Extraordinária para discutir uma proposta de
426 mudança do modelo gerencial nas circunstâncias atuais a fim de que os princípios do SUS pudessem
427 ser, efetivamente, operacionalizados. Continuou esclarecendo que a proposta era modificar
428 gradativamente o atual modelo assistencial para um modelo que privilegiasse a promoção da saúde,
429 que efetivasse a questão da equidade e um programa radical de humanização dos serviços de saúde.
430 Destacou também a proposta de ampliação do atual Programa Saúde da Família, porém sem
431 considerá-lo uma atividade isolada da área da saúde, mas sim devia ser articulado ao desenvolvimento
432 integral articulado. Comentou a importância de destaque à questão da equidade, investindo de forma
433 estratégica nas diferenças regionais e na falta de acesso de enormes grupos populacionais e
434 ampliação do acesso da população aos medicamentos. Falou da questão do genérico, declarando que
435 consistia em um avanço, porém alcançava a população que já tinha acesso aos medicamentos e, na
436 verdade, era necessária uma política que favorecesse o acesso da população excluída ao
437 medicamento. Para isso, justificou a necessidade de uma política de assistência farmacêutica, com
438 produção e participação do poder público em garantir àquele cidadão que teve acesso a efetivação do
439 seu tratamento. Ressaltou a proposição de mudança do modelo contratual para modelos de contratos
440 globais com metas de desempenhos e objetivos a serem atingidos. Nesse contexto, declarou que era
441 primordial considerar as divergências regionais, bem como as particularidades dos municípios, a fim de
442 acabar com Programas verticalizados e com a transferência fundo a fundo. Por fim, devido à
443 exiguidade de tempo, destacou propostas e compromissos para três áreas que foram abandonadas e
444 fundamentais, a saber: **a)** Recursos Humanos: disse que as políticas de recursos humanos para área
445 de saúde implementadas nos últimos anos representavam verdadeiro desastre do ponto de vista
446 salarial, do abandono das propostas de criação de cargos e salários diferenciados, do contrato precário
447 dos agentes de saúde e dos médicos, da falta de treinamento e capacitação de pessoal, dentre outros.
448 Declarou que as propostas para área estavam nas decisões das Conferências e nas deliberações do
449 CNS; **b)** enfrentamento de novas questões pública de saúde por meio de criação de Programas como
450 a violência, grupos com necessidades especiais e doenças emergentes; **c)** política de substituição de
451 importação na área de equipamentos, medicamentos e vacinas por meio de investimentos na área de
452 transferência de tecnologia e na produção local de medicamentos, genéricos e vacinas. Declarou que
453 não havia dúvidas em relação à evolução científica tecnológica que tinha como um dos focos
454 fundamentais à questão da biodiversidade e da biotecnologia e que o país deveria investir na área para
455 não ficar subordinado diante da revolução científica tecnológica. Por fim, declarou que, com a
456 realização da Conferência Nacional de Saúde Extraordinária, pretendia-se discutir de forma
457 democrática os novos rumos para o SUS retomando o espírito da Reforma Sanitária que criou as
458 Conferências de Saúde e o SUS. Encerrou afirmando que era preciso retomar a paixão pelas
459 mudanças e criar um novo modelo de saúde para o povo brasileiro. Conselheiro **Luiz Gonzaga Araújo**
460 apresentou-se para a mesa e declarou, com o máximo respeito, que o documento apontava para um
461 Brasil eminentemente urbano, tendo em vista que não apresentava indícios de que no país existia
462 milhões e milhões de brasileiros que moravam na zona rural. Declarou que era importante e desejável
463 que a população do campo estivesse integrada a questão do desenvolvimento sustentável. Comentou
464 a falta de proposta em relação ao veneno e agrotóxicos que atingiam a população do campo e da
465 cidade. Perguntou, por fim, qual a proposta de segurança alimentar como instrumento fundamental
466 para erradicar a fome no Brasil. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** registrou a importância dos
467 três palestrantes como figuras representativas do Movimento Sanitário Brasileiro. Perguntou qual era a
468 posição da candidatura Ciro Gomes em relação ao fomento à pesquisa e desenvolvimento tecnológico,
469 qual a posição frente à proliferação de agências executivas e quais as medidas para fortalecimento da
470 burocracia do SUS e se havia alguma proposta para revisão da EC nº 29. Conselheiro **Artur Custódio**
471 **M. de Sousa** manifestou satisfação pela presença dos três palestrantes que participaram ativamente
472 do Conselho. Mostrou preocupação com a privatização dos hospitais e perguntou como esse processo
473 se daria nos Estados e na ponta. Em reposta às colocações, Senhor **Antônio Sérgio Arouca** destacou
474 que o desenvolvimento de políticas agrárias no Brasil era fundamental para desenvolvimento nacional.
475 Falou, ainda, que a população rural reunia um enorme número de cidadãos excluídos e afirmou que a
476 questão do desenvolvimento local integrado tinha maior expressão no campo, tendo em vista as
477 grandes condições de ser implementado a partir de políticas de desenvolvimento familiar, de
478 cooperativas e a possibilidade de integrar o Programa de Saúde da Família de forma efetiva.
479 Concordou com o Conselheiro **Luiz Gonzaga Araújo** e comprometeu-se a contemplar e enfatizar
480 questões que ficaram de fora do Programa da Saúde da Família como desenvolvimento agrário,
481 reforma agrária, política de combate à fome, que deveriam ser contempladas a fim de dar coerência a
482 questão intersetorial. Em relação às questões levantadas pelo Conselheiro **José Carvalho de**
483 **Noronha**, manifestou concordância com a idéia de que a questão da Política de Ciência e Tecnologia

484 não podia ser restringida a apenas um Ministério e completou destacando que Ciência e Tecnologia
485 teria de ser desenvolvida como política de governo. Declarou apoio ao desenvolvimento do Sistema
486 Nacional de Ciência e Tecnologia que pressupunha fundos setorializados e órgãos estruturados para
487 desenvolvimento, segmento e incentivo às pesquisas. Comentou a importância de pesquisa na área da
488 saúde, bem como transferência de tecnologia e incentivar pesquisas de desenvolvimento de serviços.
489 No que se refere à questão da criação de Agências, manifestou concordância com o documento da
490 ABRASCO sobre a proposta de criação da APEC. Falou do desafio de ter um sistema representativo
491 de pessoas eleitas pelo voto popular e tivessem de ser respeitadas, ainda que houvesse posição
492 contrária. Disse que havia questões complexas a serem trabalhadas e, nesse sentido, falou da
493 dificuldade de trabalhar a partir dos princípios do SUS diante de instâncias constitucionais como
494 estados e municípios que possuíam políticas contrárias aos princípios do Sistema. Destacou a
495 importância de discutir questões com profundas distorções de princípios constitucionais a fim de
496 determinar como trabalhá-las com o Ministério Público para, a partir de pactos de compromisso, exigir
497 que os direitos de cidadania fossem respeitados. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** apresentou-se à
498 mesa e declarou que os Profissionais da Área da Saúde também tinha assento no Conselho. Chamou
499 atenção para questão dos medicamentos declarando que, a partir da apresentação, acreditava-se
500 haver um esforço de substituição de importação de medicamentos, porém afirmou que a indústria
501 brasileira não fora contemplada. Nesse sentido, perguntou qual era a lógica de se governar a partir do
502 fortalecimento somente das indústrias de capital internacional. No que se refere à questão dos
503 recursos humanos, perguntou se a proposta de criação de planos de cargos e salários diferenciados
504 para o Programa de Saúde da Família não contradizia a lógica de promoção de cargos e salários e a
505 NOB/RH. Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** perguntou o porquê da ampliação do PSF e destacou a
506 importância de discutir a questão com os municípios. Quanto à questão dos trabalhadores da área de
507 saúde, afirmou que havia lideranças de agentes de saúde que não se consideravam profissionais de
508 saúde e outras que se consideram. Nesse sentido, citou Projeto da CUT que objetivava estabelecer um
509 currículo do agente comunitário e comentou a falta de segurança. Conselheira **Zilda Arns Neumann**
510 declarou que a gestão era muito importante no sistema de saúde e que dependia de Estados e
511 Municípios. Perguntou qual o mecanismo para garantir a intersectorialidade na questão da segurança
512 alimentar e do saneamento básico. Falou da meta de cúpula da infância de redução de 30% da miséria
513 e da pobreza e perguntou qual os mecanismos para inserir serviços de saúde nas favelas e nos
514 bolsões de pobreza do Brasil para redução da mortalidade infantil. Por fim, mostrou satisfação pela
515 presença dos três palestrantes e cumprimentou, em especial, o Senhor **Hésio Cordeiro** pela sua
516 história na Pastoral da Criança. Conselheiro **Diógenes Sandim Martins** parabenizou os
517 representantes da Frente Trabalhista pela brilhante apresentação do Plano de Governo para a área da
518 saúde da Candidatura Ciro Gomes. Reverenciou a análise do Senhor **Antonio Sérgio Arouca** sobre o
519 SUS que se desejava na prática, tendo em vista que o SUS no papel já estava muito bem definido.
520 Perguntou como executar Política de Recursos Humanos sustentada no princípio de parcerias e
521 ressaltou importância de introduzir o conceito de parceira na relação entre gestor e conjunto de
522 trabalhadores. Conselheiro **Carlyle Guerra de Macedo** cumprimentou a composição da mesa e louvou
523 a consideração das sugestões do Conselho no documento apresentado. Em seguida, comentou a
524 questão da cultura e da afirmação da expressão da identidade nacional que constavam no documento,
525 declarando que eram pontos de apoio para formulação de qualquer projeto autônomo para o futuro.
526 Disse que aqueles que possuíam consciência de sua identidade cultural eram capazes de identificar
527 com precisão o que queriam, como mudar e, sobretudo, como fazer. Nesse sentido, pediu maiores
528 esclarecimentos acerca da questão. Indagou, ainda, se a saúde participaria na definição das políticas
529 macroeconômicas e como isso poderia ser viabilizado. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** declarou
530 seu apreço aos palestrantes e disse que as suas apresentações correspondiam a uma Conferência de
531 alto nível tanto de economia política, quanto de ciência da saúde e de política de segurança.
532 Endossou as propostas apresentadas e destacou, em particular, a questão da democracia direta,
533 porém perguntou sobre a política do envelhecimento. Como o documento era dos representantes da
534 Frente Trabalhista para o Conselho e perguntou aos mesmos o que fora feito do socialismo antes por
535 eles defendidos. Comentou a questão da segurança social e, nesse sentido, falou do combate à
536 riqueza e não da pobreza. Falou da questão do PL nº 4.147 que propõe a privatização do saneamento
537 básico e perguntou o motivo de não se ter tomado atitudes contra o Projeto de Lei, a extinção da
538 SUDENE e da SUDAM. Em resposta às perguntas, Senhor **José Eri Medeiros** cumprimentou o
539 Conselheiro **Carlyle Guerra de Macedo** tendo em vista a sua importante presença no início do
540 movimento dos Secretários Municipais de Saúde. Declarou que o documento apresentado ao Pleno do
541 Conselho era uma contribuição e um compromisso público do setor saúde do PTB e reforçou que a
542 Frente não faria revolução, quem poderia fazer era a sociedade. Em relação às questões levantadas
543 sobre planos de carreira e plano da intersectorialidade, declarou que não havia um Plano pronto e
544 comentou a impossibilidade de construir um sistema de saúde se a cada quatro anos, os Municípios

545 suspendiam a questão do PACS e do PSF. Falou da importância de discutir a Lei nº 8.142/90 a fim de
546 estabelecer um plano de carreira estratégico que garantisse um sistema de saúde confiável no futuro.
547 Nesse sentido, destacou a importância da proposta de realização de uma Conferência Nacional de
548 Saúde Extraordinária para discutir, dentre outras, a questão do plano de carreira com todos os
549 segmentos. Afirmou que o PTB defendia a participação maciça do controle social e da
550 intersectorialidade para viabilizar as mudanças e transformações propostas no documento. Senhor
551 **Hésio Cordeiro** destacou que a apresentação da proposta da Candidatura Ciro Gomes suscitaria
552 várias contribuições para o documento e que as críticas e sugestões do Colegiado seriam
553 consideradas e discutidas. Colocou como grandes desafios: **a)** interrupção do processo de degradação
554 do Estado Brasileiro; **b)** esvaziamento da capacidade de formulação e implementação de políticas; **c)**
555 regulação de provimentos de políticas estratégicas para o desenvolvimento e consolidação da
556 soberania nacional. No que se refere à questão específica da saúde, declarou que em um eventual
557 Governo Ciro Gomes o principal desafio a ser enfrentado seria os riscos de dualidade do SUS.
558 Declarou a importância de revisão de mecanismos a fim de submeter as Agências à ação consultiva e
559 deliberativa do Conselho. Por fim, falou da importância de reunificação do SUS sob o ponto de vista
560 institucional, do repasse de recursos. Lembrou proposta apresentada pelo PDT de revisão e ampliação
561 da política energética do Brasil, no sentido de ampliar a biomassa como fonte de energia, acoplando-a
562 a questão da alimentação da alimentação e do emprego. Por fim, declarou que a reforma sanitária foi a
563 reforma administrativa mais eficaz e era um exemplo de mobilização partidária, de setores organizados
564 e desorganizados da sociedade. Lamentou a desestruturação do conceito de segurança social,
565 considerando que era um meio de canalizar formas de organização dos aposentados e pensionistas.
566 Afirmou, pessoalmente, que o socialismo não acabou, porém disse que era meta prioritária comum a
567 Frente Trabalhista estancar o esvaziamento e a destruição do Estado Brasileiro e defender a soberania
568 nacional. Senhor **Antônio Sérgio Arouca** justificou a impossibilidade de responder a todas as
569 intervenções devido à exigüidade de tempo. Declarou que a Frente Trabalhista estava ciente da
570 dificuldade de apresentar um documento por escrito ao Pleno de Conselho e reafirmou que o mesmo
571 fora assinado pelos representantes dos três partidos que compunham a Frente Trabalhista a fim de
572 demonstrar que a candidatura Ciro Gomes tinha apoio da base partidária que sustentava as idéias do
573 candidato. Disse que, ao citar a questão dos profissionais da saúde, enfatizando a questão do médico
574 e odontólogo da família, a proposta não era realizar um plano de cargo e salários separado, mas que o
575 objetivo era chamar atenção para entes novos do plano. Assim, enfatizou a importância de planos de
576 cargos de saúde envolverem as necessidades atuais. No que se refere à área de medicamento, disse
577 que ao falar de substituição de importações a indústria nacional seria considerada bem como os
578 laboratórios públicos. Comentou a questão dos Agentes de Saúde, lembrando a demissão dos 5 mil
579 guardas sanitários para combate à dengue e destacou a fragilidade dos contratos precários com os
580 mesmos. Declarou a importância de estabelecer programas compensatórios para questão da fome e
581 da miséria, destacando, porém, que a grande meta era de reforma estrutural da economia política do
582 Brasil. Chamou atenção para importância de apropriação de questões “civilizatórias” pelas políticas de
583 governo e reforçou a importância de assumir questões como desenvolvimento sustentável e assumir a
584 questão das parcerias. Comentou as grandes frustrações e angústias da sociedade brasileira e, nesse
585 sentido, destacou a importância das eleições brasileira para mudar a situação, tendo em vista que
586 mudava o eixo da América Latina. Destacou a importância das eleições acontecerem fora do campo do
587 modelo neoliberal implantado nos últimos oito anos. Destacou que a Frente Trabalhista não desejava o
588 aparelhamento da sociedade pelos partidos, nem mesmo movimentos sociais aparelhados. Por fim,
589 agradeceu a oportunidade de apresentar o Plano de Governo da Candidatura Ciro Gomes e reforçou o
590 respeito ao Conselho Nacional do Conselho Nacional da Saúde. Falou que, juntamente com o Senhor
591 **Hésio Cordeiro**, representavam a Coordenação Geral do Programa Ciro Gomes e que a tentativa era
592 colocar a área da saúde no âmbito da questão econômica, da justiça e da democracia. Declarou que
593 várias das sugestões apresentadas pelo Colegiado seriam contempladas no documento. Concluiu
594 destacando que a questão da terceira idade teria de ser enfrentada como avanço da civilização e não
595 como idosos a serem tratados e medicalizados e que a partir de políticas de saúde, a vida pudesse ser
596 privilegiada. **ITEM 05 – CANDIDATO ANTHONY GAROTINHO OU REPRESENTANTE** – Senhor **Luiz**
597 **Antônio da Silva Neves** primeiramente agradeceu, em nome do Candidato Anthony Garotinho, a
598 oportunidade e saudou a iniciativa do Conselho de promover o Evento que possibilitava a
599 apresentação das posições dos candidatos à presidência em relação às políticas públicas na área da
600 saúde. Comentou a excelência do documento *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: Avanços, Desafios e Reafirmação de Princípios e Diretrizes*, afirmando ser um dos melhores
601 documentos produzidos pelo Conselho nos últimos tempos. Destacou que o *Programa de Governo do*
602 *Candidato Anthony Garotinho para Área da Saúde* tinha pontos que iam de encontro com as questões
603 colocadas no documento do CNS. Declarou que o Programa fora formulado sob a liderança do Senhor
604 **Gilson Cantarino O'Dwyer** que coordenava o Grupo que assessorava o candidato na área da saúde e

606 por questões éticas não apresentaria o Programa. Informou que o Programa não estava acabado,
607 tendo em vista que estava em constante processo de incorporação de idéias. Em seguida, passou a
608 apresentar o *Programa de Governo do Candidato Anthony Garotinho para Área da Saúde*. Começou
609 esclarecendo que o Programa devia ser considerado como uma proposta inicial do programa de
610 governo para o setor saúde e estava aberto a contribuições e debate no curso do processo eleitoral.
611 Disse, ainda, que radicalizava ao compromisso da Candidatura Socialista com o Sistema Único
612 universal, eqüânime, integral, descentralizado e capaz de cuidar do cotidiano do cidadão e da
613 coletividade. Destacou o entendimento da saúde como produto da qualidade de vida de um povo e,
614 desta maneira, comprometia-se a priorizá-la no conjunto das ações intersetoriais indispensáveis a
615 prover o bem estar da população. Manifestou comprometimento de zelar permanentemente pelo SUS
616 como patrimônio social do povo brasileiro, conquistado na Carta Constitucional de 1988. Disse que a
617 Política de Saúde do Governo Socialista do PSB tem a defesa da vida e da dignidade como seu
618 compromisso primeiro com a responsabilidade de promover de forma eqüânime a saúde para todos os
619 brasileiros, conforme versa a Constituição Brasileira. Destacou como objetivo do governo diminuir as
620 desigualdades em saúde relacionadas à iníqua distribuição, acesso aos serviços de saúde e do padrão
621 de qualidade das ações de saúde, tanto em sua dimensão de incorporação tecnológica quanto de
622 melhor acolhimento a todos os cidadãos por meio da criação de mecanismos mais humanos e éticos
623 de atenção as pacientes que acorriam aos serviços do SUS. Nesse sentido, destacou os
624 compromissos de governo com destaque na Agenda Política de Saúde do Governo Anthony Garotinho,
625 a saber: **a)** controle público e social das ações de saúde; **b)** fortalecimento da participação democrática
626 de sujeitos sociais que representam os interesses populares na estrutura decisória da Política de
627 Saúde; **c)** compromisso radical com a transparência das ações de governo; **d)** democratização das
628 informações em saúde; **e)** organização de Rede de Ouvidoria, em todos os níveis de governo a fim de
629 assegurar a interlocução do cidadão com a administração pública; **f)** valorização do papel dos
630 Conselhos de Saúde com radical cumprimento da Lei nº 8.142/90; **g)** construção de uma Agenda de
631 Prioridades no que tange ao controle social, em conjunto com o CNS; **h)** parceria permanente com o
632 Ministério Público na defesa dos interesses do cidadão, no que se refere ao direito à saúde; **i)** adoção,
633 como marco referencial, do princípio da Responsabilização Sanitária sobre o território definido; **j)**
634 necessidade de agregar o conceito de responsabilidade da autoridade de saúde sobre um território
635 claramente definido; **l)** necessidades sociais como orientadoras da direcionalidade das ações de
636 saúde; **m)** integralidade das ações de saúde; **n)** regulação das ações de saúde; **o)** fortalecimento da
637 função gestora em saúde; **p)** importância da autoridade de saúde submeter o território sob suas
638 responsabilidade a uma constante interrogação na busca de respostas e soluções aos principais
639 problemas sob sua responsabilidade; **q)** avaliação permanente da qualidade, dos resultados e do
640 impacto das ações e serviços sobre as condições de saúde da população. Prosseguiu afirmando que o
641 PSB elegia a integralidade das ações de saúde como seu marco de referência na orientação da
642 Política de Saúde para o país e entendia a integralidade como todo o conjunto de ações e serviços
643 essenciais à promoção, prevenção, assistência e reabilitação em uma execução eqüânime para toda a
644 população. Nesse sentido, destacou a importância de desenvolvimento de estratégias de
645 territorialização utilizando o modelo de saúde da família como porta de entrada do sistema de saúde,
646 assegurando o acesso à média e alta complexidade, o desenvolvimento de ações intersetoriais, o
647 controle sanitário e participação popular. Declarou que esta perspectiva fortalecia a construção das
648 Políticas Intersetoriais que articulavam um conjunto de intervenções governamentais, de amplo
649 alcance e impacto sobre os padrões de saúde, com ênfase naquelas que promovessem a saúde.
650 Declarou que por meio da estruturação regional do sistema de referência e contra-referência o acesso
651 a uma rede hierarquizada que abrangia o problema de saúde da família, por meio de policlínicas
652 comunitárias, policlínicas especializadas e hospitais de média e alta complexidade. Falou da questão
653 das políticas públicas tratarem todos como iguais acentuando as desigualdades, na medida que não
654 ofereciam oportunidades de promoção de eqüidade. Disse que a exemplo do movimento de Cidades
655 Saudáveis, a territorialização privilegia a constituição de uma rede formal e informal que articulava
656 múltiplos interesses a partir da comunidade envolvida. Comentou o papel da União no processo,
657 destacando que tinha a responsabilidade de gerar condições operacionais para que os municípios
658 construíssem sistemas de saúde que assegurassem o acesso permanente da população às ações e
659 aos serviços de saúde. Afirmou que cabia à esfera federal cuidar das desigualdades entre as unidades
660 federadas, implementando estratégias criativas e de capacidade resolutiva, para além de um processo
661 normativo. Falou da avaliação, por meio de permanente monitoramento do impacto produzido pelas
662 ações desenvolvidas, seja pelos indicadores epidemiológicos, seja pelos indicadores sociais,
663 ressaltando que novos aportes de ações e serviços poderiam ser mobilizados para prover as
664 necessidades daquelas comunidades. Em relação à mortalidade infantil no Brasil, disse que o
665 processo de queda da mortalidade materna era indiscutivelmente positivo, mas ainda denunciava a
666 precariedade da assistência pré-natal, da atenção ao parto e a fragilidade do acompanhamento do

667 crescimento e do desenvolvimento das crianças. Além disso, declarou que a mortalidade materna
668 denotava a profunda desigualdade social do Brasil. Em seguida, apresentou uma série de ações para
669 determinados segmentos que necessitavam de atenção especial, a saber: **a)** qualificação da atenção
670 básica a partir do conceito de territorialização como estratégia para o desenvolvimento de ações
671 intersetoriais que interagiriam na atenção à criança e à mulher; **b)** adoção de políticas públicas que
672 garantam melhor qualificação do pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, rompendo com o
673 quadro de mortes neonatais e maternas por causas evitáveis; **c)** ampliação de oferta de serviços de
674 saúde voltados para atendimento digno aos recém-nascidos e as gestantes; **d)** regulação, através de
675 Centrais de Regulação, dos leitos de UI e UTI neonatal, com o objetivo de ordenar e facilitar o acesso
676 às internações por parte dos municípios, possibilitar maior agilidade no atendimento; **e)** planejamento
677 familiar acessível à toda população; **f)** incentivo à prática de aleitamento materno como estratégia bem
678 sucedida e consagrada de prevenção da desnutrição e da prevenção da mortalidade infantil. No que se
679 refere à saúde dos idosos, declarou que para enfrentar a transição demográfica era necessário
680 trabalho que produzisse uma interface com os organismos setoriais do governo entre como Educação,
681 Transporte, Esporte e Lazer, Ação Social, entre outros. Nesse sentido, destacou as seguintes
682 propostas: **a)** implantação de rede assistencial de retaguarda para acolhimento dos cidadãos da
683 terceira idade que necessitam de acompanhamento médico sem necessidade de ocupação de leito
684 hospitalar; **b)** desenvolvimento estratégicos para implantação de ampla rede de atendimento domiciliar
685 à paciente idosos que necessitam de monitoramento continuado. No que se refere à Assistência
686 Farmacêutica e Área de Medicamentos, apresentou as seguintes proposições: **a)** reativação do
687 Conselho de Desenvolvimento Industrial – CDI; **b)** elaboração e implementação de um Plano Nacional
688 de Desenvolvimento do Setor Químico Farmacêutico Nacional; **c)** criação de instância estratégica que
689 tenha como missão institucional coordenar a Política Integrada de Assistência Farmacêutica e de
690 Medicamentos; **d)** criação de equipe interministerial para avaliação, acompanhamento e
691 implementação de uma política setorial de propriedade intelectual; **e)** priorização do desenvolvimento
692 dos laboratórios públicos oficiais com alocação de recursos e definição de papéis no âmbito da Política
693 Nacional de Medicamentos; **f)** reestruturação do INCQS/FIOCRUZ – Instituto de Avaliação de Controle
694 de Qualidade em Saúde – a fim que assuma sua missão básica de análise e na avaliação de produtos,
695 especialmente os de maior valor tecnológico. Em seguida, no âmbito da Política Nacional de Vigilância
696 Sanitária, destacou as seguintes diretrizes: **a)** fortalecimento dos órgãos de vigilância sanitária das três
697 esferas de governo com vistas a criação efetiva do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como
698 parte indissociável do SUS; **b)** submeter as ações desenvolvidas pelos órgãos de vigilância sanitária
699 ao controle da sociedade; **c)** dar cumprimento às deliberações emanadas da I Conferência Nacional de
700 Vigilância Sanitária. Comentou a questão da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados,
701 destacando que tinha como eixo a lógica de que o sangue não podia estar sujeito as leis do mercado,
702 devendo ser protegido como um bem público. Nesse sentido, destacou que o principal compromisso
703 era garantir a auto-suficiência do país em sangue, componentes e derivados a fim de atender às
704 necessidades da população com produtos seguros e eficazes, incluindo, entre outras medidas, a
705 implantação de indústria de fracionamento do plasma no país. Sobre a Gestão e Assistência
706 Hospitalar, declarou que a priorização da atenção básica e a reorientação dos serviços de média e alta
707 complexidade ambulatorial, não podia representar um enfraquecimento quantitativo e qualitativo da
708 oferta de serviços hospitalares. Continuou esclarecendo que o conceito de integralidade exigia que
709 todos os serviços de ações fossem acessíveis, de forma equânime, à população. Para isso, destacou a
710 necessidade de implementação das seguintes estratégias: **a)** investimentos na rede pública de saúde,
711 objetivando a ampliação da oferta de serviços hospitalares; **b)** melhoria do sistema de referência e
712 contra-referência para assegurar o acesso da população a todos os níveis da atenção básica; **c)**
713 adequada hierarquização da rede de serviços, a partir da organização territorial; **d)** investimento na
714 preparação de quadros gerenciais para gestão de rede hospitalar, considerando a complexidade do
715 sistema; **e)** priorização na organização do sistema de urgência/emergência, nos grandes centros
716 urbanos e eixos rodoviários, face prevalência de agravos por causas externas. Em seguida, explicou
717 que o governo do PSDB enfrentaria os graves problemas de Recursos Humanos no SUS em
718 permanente diálogo e negociação com as instâncias representativas dos trabalhadores por meio de
719 várias estratégias, a saber: **a)** priorização na agenda de adoção dos Princípios e Diretrizes para a
720 Norma Operacional Básica de Recursos Humanos; **b)** estímulo à adoção da gestão negociada de
721 recursos humanos; **c)** incentivo ao concurso público como forma de ingresso no serviço público; **d)**
722 determinação a necessária integração entre o Ministério da Educação e o da Saúde para fazer cumprir
723 o Art. 200 da Constituição Federal; **e)** constituir um fundo de investimento em recursos humanos no
724 SUS. Falou da necessidade de implementar medidas de justiça alocativa na partilha de recursos, por
725 meio da elaboração de um Plano de Prioridades de Investimentos que privilegiasse as necessidades
726 da população dentro de uma visão integradora das três esferas de governo. Destacou a importância de
727 rever a lógica de melhor distribuição dos recursos da tabela de remuneração de procedimentos, tendo

em vista que os procedimentos de baixa e média complexidade encontravam-se com remunerações bastante deficitárias. Comentou o papel importante na compensação da desigualdade mediante a transferência de recursos *per capita* diferenciada, promovendo um sistema de saúde mais eqüitativo a fim de melhorar a distribuição de equipamentos, dando maior auto-suficiência às regiões, ampliando a capacidade resolutiva. Ressaltou, ainda, que era preciso superar o comportamento histórico de repasse de recursos baseado no limite da oferta de serviços. Prosseguiu comentando a necessária ampliação do acesso regular a medicamentos de uso continuado como mecanismo de redução da iniquidade em saúde o Brasil. Destacou, em seguida, como propostas a regulação sobre os custos do sistema de saúde, a implantação de um programa de controle nacional de preços para gastos praticados na rede pública do SUS e a qualificação da gestão pública para enfrentar os desafios, mediante as propostas baseadas nas deliberações da 11ª Conferência Nacional e Saúde, a saber: **a)** assegurar o aumento dos aportes de recursos na ordem de R\$ 32 bilhões para a saúde; **b)** adotar o orçamento participativo nas três esferas de governo; **c)** assegurar que parte do Seguro de Acidente do Trabalho fosse destinada ao financiamento da organização das ações de saúde do trabalhador; **d)** realocar recursos arrecadados para o Seguro Obrigatório de Serviços – DPVAT, transportes de carga de passageiros e pedágios como recursos destinados para atendimentos de urgência, emergência, fisioterapia e reabilitação; **e)** alocação de recursos para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento; **f)** estabelecer mecanismos e formas de remuneração de prestadores para garantir acesso, qualidade e humanização do atendimento. Afirmando a importância de tornar a ciência e a tecnologia em saúde um instrumento de transformação rumo à eqüidade. Comentou o fato do acesso ao desenvolvimento tecnológico ser desigual, agravando as distâncias entre padrões de vida, com graves consequências para a situação da saúde brasileira. Nesse sentido, disse que o compromisso no governo do PSDB era de promover, a partir das evidências de sua pertinência, a distribuição dos avanços científicos e tecnológicos da Saúde de forma eqüânime, rompendo com a atual situação onde os seus benefícios estavam acessíveis para quem pudesse pagar por eles, em um processo predominantemente perverso e excluente. Destacou, ainda, como proposta a articulação com as áreas de Ciência & Tecnologia – C & T, no sentido de garantir a prioridade absoluta para investimentos direcionados à Saúde e a participação dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intergestores no processo de definição da Política Nacional de C&T em Saúde. Falou que as novas tecnologias de informação se consistiam em um dos mais poderosos instrumentos de acirramento das desigualdades entre as nações, as regiões e as pessoas. Declarou que essas tecnologias consistiam em um campo central de luta pelo enfrentamento das desigualdades existentes, principalmente quando associadas à produção e disseminação de conhecimento e às infinitas aplicações no campo da saúde. Afirmando que a idéia de política de informação em saúde defendida, era fundada na concepção de que a informação produzida em uma sociedade constituía um bem público, historicamente construído e que devia estar a serviço do bem-estar coletivo e não apenas de interesses específicos. Para isso, apresentou as seguintes propostas: **a)** desenvolvimento das informações e da informática em Saúde no país, nas três esferas de governo a fim de ampliar o seu uso voltado para gestão e promoção da cidadania; **b)** fomento ao processo de implantação de Rede de Centrais de Regulação de Ações de Saúde; **c)** promoção da interligação e informatização de todas as Secretarias Municipais de Saúde – SMS e estabelecimentos públicos de saúde; **d)** estímulo a utilização de software de código aberto, principalmente nos computadores provedores de acesso das SMS e principais estabelecimentos de saúde; **e)** implementação de amplo processo de Capacitação em Informática em Saúde, com o desenvolvimento de cursos presenciais e cursos com uso de metodologia de educação à distância (via Internet), com profissionais capacitados nos três níveis de governo. Por fim, reforçou que o Plano estaria incorporando idéias que visavam a promoção da saúde no Brasil na lógica da cidadania e da inclusão e, ainda, que o documento do CNS seria considerado no processo como peça fundamental, pelo seu conteúdo e pelo caráter que se revestia. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** manifestou satisfação pelo fato de as apresentações convergirem em vários pontos, destacando que os princípios fundamentais estariam implementados. Como representante da Comunidade Científica, informou que fora convocada a II Conferência de Ciência e Tecnologia em Saúde, a ser realizada em 2003 e lembrou recomendação ao MS de criar, no seu interior, estrutura sólida de fomento direto à pesquisa e articulação as atividades de apoio à ciência e tecnologia da saúde por meio de mecanismo indutor do poder de compra e do poder regulatório. Nesse sentido, perguntou a posição do Candidato Anthony Garotinho em relação à questão. Indagou, ainda, qual era a visão do PSB em relação à questão da ética em pesquisa de seres humanos e da bioética em geral. Senhor **Luiz Antônio da Silva Neves** esclareceu ao Conselheiro **José Carvalho de Noronha** que a questão da ciência e tecnologia era fundamental e que o setor saúde desenvolvia e incorporava tecnologia de maneira grandiosa. Disse que na área da saúde a idéia era desenvolver o conjunto de ciência e tecnologia e colocar a inteligência do país à disposição da produção voltada para inclusão da cidadania. Assim, declarou que o objetivo era fomentar as pesquisas por meio do MS, submetido,

789 porém, ao controle social com estrutura, financiamento, não só estimulando a própria compra, mas
790 orientando a compra dos insumos ao conjunto de Estados e Municípios do país com extrema
791 dificuldade de adquirir equipamentos. Declarou que a questão da ética em pesquisa teria de ser
792 pautada no respeito à dignidade do ser humano. Afirmou que no Governo Anthony Garotinho a
793 questão seria tratada como prioritária. Por fim, informou que o documento apresentado seria distribuído
794 ao Pleno do Conselho. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** agradeceu a presença do Senhor
795 **Luiz Antônio da Silva Neves** e deu prosseguimento à pauta do dia. **ITEM 06 – POLÍTICA NACIONAL**
796 **DE DESENVOLVIMENTO RURAL SUSTENTÁVEL** – Senhor **José Eli da Veiga**, Secretário do
797 Conselho Nacional do Desenvolvimento Rural Sustentável, primeiramente, prestou esclarecimentos
798 acerca do Conselho Nacional do Desenvolvimento Rural Sustentável, afirmando tratar-se de um
799 Conselho recente que fora criado no final do segundo Governo Fernando Henrique, tendo como
800 principal missão a elaboração do Plano Nacional do Desenvolvimento Rural Sustentável. Informou que
801 o Conselho era composto por representações de nove Ministérios, dentre esses o MS, representado
802 pelo Doutor **Otávio Azevedo Mercadante**, nove Entidades representantes da Sociedade Organizada.
803 Esclareceu que o Plano Nacional do Desenvolvimento Rural Sustentável estava em fase de elaboração
804 e seria aprovado em uma Conferência a ser realizada em novembro de 2002. Declarou que o Plano
805 Nacional do Desenvolvimento Rural Sustentável existia apenas por um Decreto e a idéia era
806 formulação de Lei que regulamentaria Conferências a serem realizadas de dois em dois anos, ou seja,
807 desejava-se seguir a sistemática do CNS e da saúde. Em seguida, falou da dificuldade de discutir o
808 conceito de Desenvolvimento Sustentável do Brasil Rural e a complexidade em definir o que era o
809 Brasil Rural. Nesse sentido, apresentou o mapa do Grau de Urbanização do Brasil, constante no Atlas
810 pelo IBGE em 2000 a fim de demonstrar distorções entre os dados constate no mesmo e a realidade.
811 Citou o exemplo do Estado do Rio Grande do Sul, destacando que a metade norte era mais urbanizada
812 que a metade sul, porém, o mapa demonstrava o contrário. Falou do caso do Pantanal Mato-
813 Grossense que não era uma região muito urbanizada, porém aparecia no mapa como uma das
814 Regiões mais urbanizadas do país. Finalizou destacando o caso do Nordeste que aparecia como uma
815 região praticamente sem urbanização. Em seguida, apresentou o Atlas da Densidade Demográfica do
816 Brasil que contrariava todos os dados apresentados pelo mapa do Grau de urbanização. Nesse
817 sentido, disse que a distorção entre os dados da densidade demográfica e do grau de urbanização era
818 resultado do modo como o Brasil contava a população urbana, tendo em vista que se baseava no
819 Decreto-Lei nº 311 de 1938, baixado pelo governo Getúlio Vargas, que definia que toda sede de
820 município era uma cidade, toda sede de distrito era uma vila e a população da sede do município e da
821 sede do distrito era população urbana. Disse que tal regra não causaria tanto problema quando o
822 número de municípios era pequeno, porém, atualmente havia 5 mil 562 municípios, aproximadamente
823 10 mil vilas. Citou o caso do município de União da Serra, no Rio Grande do Sul, que possuía 18
824 habitantes na sede que era contada como cidade, portanto, a população como urbana. Declarou que a
825 maior população rural do Brasil estava no município de São Paulo, tendo em vista que o Estado não
826 considerava todo o seu território como perímetro urbano, 600 mil pessoas do Estado eram contadas
827 como rurais. Declarou que tais distorções causavam problemas como a idéia de que o Brasil era 81%
828 urbano, conforme dado do último Censo Demográfico. Esclareceu que os sociólogos, que perceberam
829 primeiramente o problema, convencionaram que os municípios que tinham menos de 20 mil habitantes,
830 para efeito de análise, não deveriam ser considerados urbanos. Como reflexo disso, afirmou que no
831 Estado das Cidades, promulgado em 2001, não tinha nenhum artigo que definia o que era cidade,
832 porém possuía um artigo que definia que municípios com menos de 20 mil não necessitavam,
833 obrigatoriamente, ter um plano diretor. Com isso, afirmou que a definição do que era mais rural e mais
834 urbano era extremamente complexa e que era necessário levar em consideração mais de um critério
835 como: tamanho populacional, densidade demográfica e localização. Afirmou que as transferências
836 federais eram destinadas às Capitais que representavam 1/5 da população. Disse que os recursos
837 assegurados constitucionalmente ao Brasil Urbano, considerando a proporção da sua população, não
838 estariam sendo repassados. Além, citou a questão habitacional do Brasil Rural declarando que ao
839 considerar que o Brasil seria 81% urbano e pelas projeções do censo geográfico seria 90% urbano em
840 2010 e teria 100% de população urbana antes de 2030, certamente uma proposta de habitação rural
841 não seria considerada, tendo em vista que futuramente toda a população estaria na cidade. Nesse
842 sentido, destacou a importância de redimensionar o que era o Brasil Rural, considerando que
843 representava 95% dos recursos naturais terrestres e não representava 18% da população brasileira
844 como era colocado. Citou dados de estudos realizados pelo Núcleo de Estudos Rurais da UNICAMP,
845 destacando que: **a)** 12 Aglomerações Metropolitanas onde reside 33,8% da população; **b)** 37
846 Aglomerações Não-Metropolitanas onde reside 13,4% da população; **c)** 77 Centros Urbanos (+ de 100
847 mil habitantes) onde residia 9,5 % da população. Totalizando 56,7 % da população da rede urbana em
848 455 Municípios. Prosseguiu informando que o estudo somente considerava a rede urbana e afirmava
849 que nos demais municípios a tendência histórica de esvaziamento continuava. Declarou que nem

850 todos os municípios fora da rede urbana poderiam ser considerados rurais e, nesse sentido, citou o
851 caso dos Municípios chamados ambivalentes cuja economia era fundamentalmente baseada na
852 exploração de recursos rurais, porém, constituíam núcleos urbanos que poderiam ser considerados
853 como cidades. Disse que o Brasil era o único país que utilizava o critério administrativo para definir o
854 que era cidade e comentou que os demais países utilizavam, principalmente, critérios funcionais. No
855 que se refere à configuração territorial do Brasil, apresentou os seguintes dados: **a)** 47% de
856 aglomerações (metropolitanas e não-metropolitanas); **b)** 77 centros urbanos que correspondia a 10%
857 da população brasileira; **c)** 527 ambivalentes que correspondia a 13%; **d)** 4.485 rurais que
858 correspondia a 30% da população. Disse que, no período de 1991 a 2002, o Brasil urbano cresceu
859 20% (considerando as aglomerações, centros urbanos e ambivalentes como urbano), o Brasil Rural
860 8%, enquanto o Brasil cresceu 15%. Declarou que os dados poderiam indicar uma migração
861 rural/urbana, porém não permitiam a utilização da expressão êxodo. Afirmou que ao observar a
862 situação dos 4.500 municípios rurais, em 1.500 houvera queda populacional, em 2.000 municípios a
863 população se manteve estável e 1.000 municípios rurais atraíram população. Nesse sentido, contestou
864 a existência de êxodo rural no Brasil, embora tenha ocorrido regionalmente, em particular nos três
865 estado do Sul do país e principalmente em relação aos 1.000 municípios atraentes. Afirmou que o
866 Brasil Urbano e Rural era um critério de divisão espacial e territorial e ambos possuíam os três setores
867 básicos da economia. Apresentou dados de pesquisa do Grau Empreendedor do Brasil, destacou que
868 havia mais microempresas, principalmente do setor secundário e terciário, em aproximadamente 1.066
869 municípios rurais, do que havia na maior parte das capitais brasileiras. Nesse sentido, destacou que
870 tais dados desmisticificava o fato de identificar o Brasil rural com a agricultura e de não haver empresas
871 no Brasil Rural. Falou da importância de as regiões rurais oferecerem condições aos jovens que
872 cursavam nível superior voltarem a sua região de origem a fim de ser o agente do desenvolvimento na
873 mesma. No que se refere ao desenvolvimento sustentável, esclareceu, primeiramente, que
874 desenvolvimento significava ampliação das oportunidades de escolha dos cidadãos, como, por
875 exemplo, a escolha de uma profissão. Disse que o IDH fora criado para que houvesse um indicador a
876 ser contraposto a renda *per capita*. Prosseguiu afirmando que o IDH media o que era mais ou menos
877 desenvolvido, porém não tinha nenhuma indicação do que seja sustentável. Esclareceu que, devido a
878 Conferência realizada em **Joanesburgo**, o IBGE fizera uma interessante publicação sobre indicadores
879 de sustentabilidade com indicadores políticos, indicadores econômicos, indicadores sociais, porém não
880 havia nenhum indicador ambiental. Assim, disse que a questão da sustentabilidade exigiria um longo e
881 profundo debate, tendo em vista a necessidade de indicadores para discutir definir o que era ou não
882 sustentável. Nesse sentido, apresentou a composição da segunda versão do Plano de
883 Desenvolvimento Sustentável do Brasil Rural elaborado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento
884 Sustentável: **a)** Parte I: Rebatimentos macroeconômicos (desemprego) das opções de política para o
885 Brasil Rural; **b)** Parte II – Programas Estratégicos: Promoção do acesso à propriedade da terra,
886 Fortalecimento da Agricultura Familiar; Renovação da Educação Rural; Diversificação das economias
887 rurais. Informou que o Programa seria apresentado em Conferência a ser realizada de 15 a 17 de
888 novembro de 2002, em Brasília a fim de ser aprovado. Por fim, apresentou o site para maiores
889 informações e agradeceu a oportunidade. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** propôs
890 articulação com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável, a partir da semana
891 subsequente à reunião, destacando a importância da participação do Conselheiro **Luiz Gonzaga**
892 **Araújo**. Conselheiro **Luiz Gonzaga Araújo** aproveitou a oportunidade para registrar a importância do
893 Senhor **José Eli da Veiga** e do Professor **Ricardo** para a CONTAG. Lembrou, ainda, a importância de
894 realizar grande debate sobre a reorientação da idéia do Brasil Rural. Comentou a situação dos
895 trabalhadores que residiam na Mata Sul de Pernambuco e a Mata Norte de Alagoas que tiveram as
896 suas casas derrubadas. Por fim, declarou que a Conferência apresentaria um redimensionamento de
897 como deveriam ser pensadas as políticas públicas de saúde do Brasil. Conselheira **Maria Leda de R.**
898 **Dantas** perguntou a visão do Senhor **José Eli da Veiga** sobre o trabalho infantil na empresa familiar e
899 se estava previsto o sistema de reversas particulares do patrimônio natural. Senhor **José Eli da Veiga**
900 disse que, caso a questão das reservas particulares não foi completada na 2^a versão do Programa,
901 certamente constaria na 3^a versão, tendo em vista que a equipe de Meio Ambiente se dispusera a
902 realizar ampla revisão do mesmo. Esclareceu, também, que não tivera tempo suficiente para se
903 dedicar ao estudo da questão do trabalho infantil na agricultura. Declarou que era radicalmente contra
904 a qualquer tipo de trabalho infantil até tomar conhecimento de uma série de estudos da socióloga
905 **Delma Peçanha**, tendo em vista que os estudos suscitararam dúvidas a respeito da questão. Agradeceu
906 o registro do Conselheiro **Luiz Gonzaga Araújo** e esclareceu que, ao afirmar que a questão do
907 desenvolvimento estaria diretamente ligada à ampliação da possibilidade de escolha, o melhor
908 exemplo para diferenciar desenvolvimento e subdesenvolvimento era a escolha do lugar onde morar.
909 Nesse sentido, explicou que os cidadãos, ainda que tivessem uma renda muito alta, não se permitiam
910 morar no Brasil Rural, tendo em vista que o desnível entre a oferta educacional do rural e do urbano

911 era muito absurda. Por fim, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição para trabalho
912 conjunto do CNS. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** destacou que era imprescindível e
913 inadiável ao CNS o estudo aprofundado da questão do desenvolvimento loco-regional sustentável.
914 **ITEM 07 – CANDIDATO LUÍS INÁCIO LULA DA SILVA OU REPRESENTANTE** – Senhora **Maria**
915 **Luíza Jaeger** esclareceu, primeiramente, ao Colegiado que solicitara dispensa de seu representação
916 no Conselho e estaria como militante do Partido dos Trabalhadores e como membro participante da
917 Coordenação Setorial Nacional de Saúde do PT. Em seguida, saudou o Colegiado por serem militantes
918 na defesa da vida, da implantação e da Reforma do Estado. Convidou o Plenário para o lançamento do
919 Programa de Saúde da Coligação Lula Presidente no dia 20 de setembro de 2002, no Rio de Janeiro.
920 Em seguida, passou a apresentar a 1^a versão do Programa para Área da Saúde disponibilizada na
921 Internet. Esclareceu, nesse sentido, que a elaboração do Programa contara com a participação de
922 mais de 200 pessoas e destacou que, do mesmo modo, o SUS do país teria de ser construído
923 coletivamente com participação de Estado, Sociedade e os Três Entes Federados: União, Estados e
924 Municípios. Em seguida, destacou princípios da proposta do Plano: **a)** SUS: conquista da população
925 brasileira que está relacionada com toda uma questão de mudança de políticas econômicas e sociais
926 que visam reduzir os riscos de doenças e outros agravos e acesso universal à saúde; **b)** Brasil para
927 todos: crescimento com desenvolvimento econômico subordinado ao desenvolvimento social. Por fim,
928 apresentou as propostas do Plano, a saber: **a)** gestão participativa e solidária da saúde para efetiva
929 implantação do SUS no Brasil: a gestão e a condução do SUS devem ser descentralizadas
930 efetivamente com cooperação técnica e financeira da União e todos Estados e Municípios, cabendo ao
931 Governo Federal cobrar dos Estados e Municípios o respeito ao poder deliberativo dos Conselhos de
932 Saúde; **b)** fortalecimento da cultura e da prática de gestão solidária entre as três esferas de Governo
933 com respeito às instâncias de pactuação das políticas de saúde entre os gestores e as deliberações do
934 Conselho. Nesse sentido, disse que a pactuação de gestão deveria substituir as numerosas e
935 fragmentadas iniciativas impostas de cima para baixo, que dizem respeito a uma realidade de Estados
936 e Municípios e não atendem às necessidades da população no que se refere às ações de serviço de
937 saúde; **c)** MS responsável pela direção e gestão nacional do SUS sem concorrer com Estados e
938 Municípios. A proposta de trabalho conjunto com Estados e Municípios, conforme Lei Orgânica da
939 Saúde e Constituição Federal; **d)** organização das ações e dos serviços de saúde de baixo para cima,
940 facilitando a participação e controle da sociedade. Declarou como compromisso político mudança da
941 realidade vigente por meio da articulação e pactuação com Estados, Municípios e Sociedade Civil de
942 uma maneira intersetorial; **e)** destaque às políticas intersetoriais na esfera federal, estadual e municipal
943 nas áreas de saneamento, segurança alimentar, saúde do trabalhador e formação de recursos
944 humanos para área da saúde, bem como para combate, por exemplo, à violência; **f)** importância de
945 organização do sistema de informação e comunicação de saúde com real implantação do Cartão SUS,
946 utilizando o recurso do FUST para isso e tornando a informação ferramenta indispensável e
947 permanente de gestão, de diagnóstico e de indicação de debilidades; **g)** reorganização do Ministério da
948 Saúde, tendo em vista que a maior parte do seu quadro era contratado por meio de convênios com
949 agências internacionais e outros tipos de convênios. Nesse sentido, afirmou a necessidade de uma
950 forte estrutura com capacidade de digerir e monitorar o sistema de saúde e capaz de cooperar técnico
951 e financeiramente com os Estados e Municípios; **h)** políticas públicas serão propostas pelas
952 Conferências, formuladas e trabalhadas pelos gestores e principalmente deliberadas pelo Conselho
953 Nacional de Saúde. Declarou que considerava que cabia ao Ministério da Saúde normalizar os
954 aspectos relativos à competência federal de gestão. No que se refere ao financiamento, disse que era
955 necessário desenvolver uma Política de Financiamento segundo três pilares fundamentais: **a)**
956 ampliação dos gastos; **b)** fortalecimento do controle da transparência sob a utilização de recursos; **c)**
957 inversão de prioridades. Com relação à ampliação dos gastos, o objetivo era cumprir a Emenda
958 Constitucional nº 29 e rediscuti-la. Além disso, disse que o repasse de recursos seria técnico baseado
959 na Lei Orgânica da Saúde e aprovado pelo CNS. Afirmou, ainda, que os valores estabelecidos para
960 ação básica de saúde seriam ampliados e revistos e a descentralização de recursos seria baseada em
961 parâmetros demográficos e epidemiológicos. Chamou atenção para importância de operacionalizar o
962 Art. 35 da Lei e discutir a questão da capacidade instalada. Declarou que procedimentos como
963 consultas, exames seriam revistos a fim de adequá-los aos custos. Falou da necessidade, ainda, de
964 obtenção de lógica que reequilibrasse as diferenças regionais e aumentasse recursos para lugares
965 mais desprovidos de serviços em todo o país. Sobre política de recursos humanos, declarou que
966 trabalho em saúde significava pessoas cuidando de pessoas, assim, saúde se fazia por meio de
967 trabalhadores de saúde. Quanto à área de recursos humanos, apresentou as seguintes propostas: **a)**
968 incentivo a criação de mesas de negociação em todas as esferas da saúde; **b)** intervenção da área da
969 saúde na formação de RH, trabalhando com o conjunto de Universidades do país; **c)** necessidade de
970 um Programa de educação continuada para os atuais trabalhadores do sistema de saúde; **d)** viabilizar
971 o acesso ao conjunto de estudantes da área da saúde a conhecerem o SUS; **e)** importância de

972 profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde, a fim de acabar com as forma de contratação
973 precária de contratação de pessoal do SUS; **f)** gestão de trabalho nas três esferas de governo
974 submetida aos Fóruns de Participação da População, às Conferências e aos Conselhos de Saúde. Em
975 seguida, falou da necessidade de regulamentação das ações e serviços de saúde, considerando que
976 saúde é uma questão de relevância pública, assim todo o setor saúde devia ser regulado por meio do
977 Ministério da Saúde, dos governos estaduais e municipais. Esclareceu que seria pautado o tema da
978 regulação do setor público e privado, buscando regular o acesso ao serviço de saúde, pela lógica da
979 necessidade em detrimento da lógica da expansão e da reprodução do capital instalada. Declarou,
980 ainda, que seria coibida de maneira categórica a chamada cobrança por fora por meio de
981 estabelecimento de contratos e convênios entre Estados e Municípios com a cooperação técnica e
982 financeira da União com o setor privado e filantrópico, respectivamente sob a ótica do direito público.
983 Proseguiu declarando que seria priorizado o setor filantrópico com critérios de avaliação, definição de
984 perfil e responsabilidade assistencial na prestação de serviço. Falou da necessidade de pensar formas
985 de financiamento para o conjunto do serviço de saúde, começando com conjunto de hospitais que
986 foram criados no país, a fim de eliminar pagamento por serviços prestados e criar alternativas para seu
987 funcionamento como serviços ambulatoriais, hospitais de unidades mistas, leitos de observação, centro
988 de especialidades e outros. Afirmou que era necessário estabelecer, junto ao Ministério da Educação,
989 novas formas de financiamento os hospitais universitários a fim de garantir o cumprimento de metas e
990 desvinculando do recebimento por produção. Sobre a saúde suplementar, declarou que a regulação
991 das ações e serviços suplementares deviam ser subordinados ao órgão regulador da saúde
992 suplementar e ao Ministério da Saúde de forma a concretizar a construção da globalidade do Sistema
993 Nacional de Saúde. Destacou, também, a importância de uma política em relação a entrada de
994 tecnologia no país, afirmando tratar-se de atribuição legal do Ministério da Saúde das demais esferas
995 de gestão do sistema. Proseguiu ressaltando que no Governo Lula haveria nova forma de relação
996 entre governo e sociedade com uma política de comunicação pública, com participação ativa e ampla
997 dos movimentos e organizações sociais no processo de tomada de decisões. Declarou que se
998 desejava uma política de comunicação comprometida como uma política pública e de cultura que
999 permita espaços plurais de expressão, de participação no processo de tomada de decisões. Falou que
1000 no Governo Lula as Conferências de Saúde, com prática regular de avaliação da situação de saúde e
1001 discussão e deliberação de diretrizes para formulação de políticas setoriais, seriam respeitadas por
1002 meio de implementação de suas decisões. Declarou, ainda, como objetivo, o fortalecimento da Plenária
1003 Nacional de Conselhos e Conselheiros de Saúde, tendo em vista que era uma conquista dos
1004 Conselhos. Falou do desafio de acabar com a fragmentação das ações de serviço de saúde.
1005 Proseguiu destacando as seguintes propostas: **a)** prioridade do SUS o desenvolvimento integral do
1006 ser humano, considerando tanto a necessidade da coletividade quanto dos indivíduos; **b)** garantia de
1007 acesso a todos os serviços que a população necessitar com trabalho conjunto com os gestores
1008 estaduais e municipais e os prestadores de serviços ligados ao sistema meta; **c)** fortalecimento e
1009 qualificação da atenção básica, garantindo acesso aos outros níveis de assistência; **d)** ampliação do
1010 Programa Saúde da Família, no sentido de que toda e qualquer equipe de saúde e municípios que
1011 trabalhassem com unidades de saúde que garantissem acesso, acolhimento, vínculo da população e
1012 resolutividade da atenção teriam de ter incentivo e cooperação técnica e financeira do governo federal.
1013 Disse que a Coligação Lula Presidente assumia o desafio de construir, junto com a população, uma
1014 nação mais solidária, democrática e mais justa. Em relação à vigilância à saúde, declarou que devia
1015 ser assumida pelo conjunto das esferas de governo e destacou a necessidade de construir,
1016 efetivamente, um sistema nacional de vigilância à saúde com ações íntegras das diversas áreas que a
1017 compõem. Disse que a política de vigilância à saúde teria de ser orientada pelo seguinte eixo: **a)**
1018 atenção integrada e articulação às demais ações do SUS, associadas às ações de vigilância sanitária,
1019 epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador a fim de propiciar maior efetividade às ações de
1020 proteção e promoção à saúde. Declarou que para melhoria da assistência seria necessário
1021 aprimoramento da forma de desenvolvimento econômico do país e que fossem consideradas questões
1022 de Política Nacional de Saúde Ambiental e, principalmente, de Política de Saneamento. No que se
1023 refere às políticas de atenção à saúde, disse que o objetivo era levar eqüidade, ou seja, oferecer
1024 acesso diferenciado e proteger aqueles que mais precisarem. Declarou que era papel de governo
1025 federal, estadual e municipal cuidar da infância e da adolescência, e, nesse sentido, destacou a
1026 importância de: **a)** políticas públicas de atenção à saúde da mulher; **b)** estímulo aos Hospitais amigos
1027 da criança; **c)** ampliação dos leitos em UTI's Neonatais; **d)** incentivo ao alojamento conjunto; **e)**
1028 atenção integral nas diferentes fases de crescimento; **f)** combate à violência infantil doméstica, sexual
1029 ou simbólica. Proseguiu comentando a necessidade de uma Rede de Atendimento aos adolescentes
1030 de forma integral. No que se refere à saúde da mulher, destacou a importância implementar as
1031 seguintes propostas: **a)** políticas de saúde integral à mulher; **b)** redução dos índices de câncer do colo
1032 e de mama; **c)** redução os coeficientes de mortalidade materna. Ressaltou a necessidade de garantir a

1033 população brasileira envelhecer com saúde, assim, disse que Política do Governo Lula lutaria pela
1034 garantia de atendimento à população idosa pelos serviços públicos de saúde, bem como a assistência
1035 sempre que necessária. Destacou, assim, a importância de discutir a atenção à população idosa e
1036 destacou a importância de garantir o direito à opção de tratamento e de critérios mínimos para
1037 atendimento. Afirmou que a Coligação Lula Presidente entendia que trabalho era vida e saúde. Assim,
1038 seria adotado um conjunto de políticas estabelecidas pelas Conferências de Saúde do Trabalhador,
1039 levando a implantação de uma política específica sobre a questão dos trabalhadores, bem como os
1040 riscos que eram expostos no trabalho. No que se refere à saúde dos povos indígenas, falou da
1041 importância da rede de serviços existentes ser adequada as necessidades de cada local e reconhecer
1042 os costumes, as crenças, a organização social e a língua das tribos indígenas. Além disso, declarou a
1043 necessidade de a população indígena ficar sob a tutela do estado e garantir o direito à saúde dessa
1044 população. Prosseguiu declarando que, ao falar da eqüidade, seria necessário falar de problemas
1045 específicos de determinadas fatias da população, assim, comentou os problemas que a população
1046 enfrentava e destacou a importância de ações nessa área. Afirmou, em seguida, que o SUS não
1047 poderia desconsiderar a questão da saúde bucal, bem como o direito da população à atenção da
1048 saúde bucal. Falou do compromisso do governo Lula com a reforma psiquiátrica e, nesse sentido,
1049 disse que a proposta era ampliar a rede de atenção integral à saúde mental e investir em programas
1050 de trabalho, moradia, educação e lazer. Comentou a questão de política de atenção aos portadores de
1051 deficiência, desenvolvendo as ações de atenção da saúde as pessoas portadoras de deficiência a
1052 partir das discussões feitas no setor. Além disso, ressaltou política a todos os portadores de doenças
1053 como AIDS e demais doenças crônicas e degenerativas, lembrando a proposta encaminhada em
1054 relação à AIDS pelo Fórum das Organizações Não-Governamentais de AIDS. Sobre a questão da
1055 saúde da população prisional, ressaltou a responsabilidade do SUS sobre a questão. Por fim, destacou
1056 a importância de uma política de ciência e tecnologia a todas as áreas de produção de insumos e
1057 política de assistência farmacêutica que garantisse a soberania nacional. Concluiu desejando ao
1058 Colegiado boa luta na defesa da vida, da saúde e do SUS, principalmente a fim de mostrar que outro
1059 mundo é possível e agradeceu ao conjunto de contribuições da sociedade civil. Conselheiro **José**
1060 **Carvalho de Noronha** cumprimentou a apresentação da representante do Partido dos Trabalhadores
1061 e reforçou a convicção de que o movimento da reforma sanitária brasileira era, em muitos aspectos,
1062 vitorioso, tendo em vista que fora citado em todas as apresentações das coligações. Destacou o fato
1063 da intersetorialidade ter sido reforçada e o fato de o desenvolvimento ser indissociável da melhoria de
1064 vida da população. Em seguida, fez as seguintes indagações: quais eram os instrumentos da
1065 Candidatura Lula para fomento para pesquisa em Ciência e Tecnologia, qual o papel do controle social
1066 sob os planos de seguro de saúde, qual a opinião do PT sobre a NOAS e como era vista as instâncias
1067 efetivas de gestão supramunicipal e sobretudo a idéia das autoridades sanitárias metropolitanas.
1068 Conselheira **Zilda Arns Neumann** manifestou concordância com as propostas apresentadas pela
1069 relatora do Programa Lula Presidente. Perguntou se a sociedade participaria da “política” de cuidados
1070 à criança, tendo em vista que a Lei declarava que governo, sociedade e família deveriam cuidar da
1071 questão. Perguntou, ainda, qual era a posição do Partido dos Trabalhadores em relação à legalização
1072 do aborto. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** perguntou qual era a novidade na área de controle
1073 social na vigilância sanitária e se havia proposta de democratização na base. Senhora **Maria Luíza**
1074 **Jaeger** reforçou que todo o Programa do Governo Lula era desenvolvimento econômico subordinado a
1075 desenvolvimento social, tendo em vista que era possível acabar com a exclusão social no país. No que
1076 se refere à Ciência e Tecnologia, disse que havia uma série de propostas no Programa Geral de
1077 Governo em relação ao incentivo a produção científica e tecnológica. Afirmou, ainda, que era papel do
1078 Ministério induzir políticas de ciência e tecnologia. Declarou que o controle social possuía poder
1079 deliberativo sobre o sistema e papel de ampla e permanente discussão com todas as Entidades. No
1080 que se refere à questão da NOAS, destacou a importância de uma Norma Operacional da implantação
1081 do SUS como um todo e não de pedaços do sistema. Nesse sentido, disse que o grande desafio era
1082 operacionalizar o que estava na Lei Orgânica da Saúde. Falou da importância de analisar os serviços
1083 regionais e microrregionais e citou o caso de municípios que tinham estruturas de saúde que atendem
1084 a um conjunto de municípios. Em resposta à intervenção da Conselheira **Zilda Arns Neumann**,
1085 afirmou que implementar as propostas do Plano era um grande desafio, mas que seria possível mudar
1086 a situação vigente com a participação da sociedade, as Organizações Não-Governamentais. No que se
1087 refere à questão da legalização do aborto, reafirmou que havia posições distintas a respeito da questão
1088 dentro do Partido dos Trabalhadores que compunham a Coligação Lula Presidente. Falou da decisão
1089 da Conferência Nacional de Saúde e seria implementado o que fosse decidido e deliberado nas
1090 instâncias dos órgãos legislativos ou nas instâncias de controle social. Sobre a vigilância sanitária,
1091 declarou que a proposta era de vigilância à saúde e que vigilância e assistência funcionassem juntas.
1092 Nesse sentido, ressaltou a importância da participação da sociedade nas mais diversas discussões,
1093 exercendo a sua cidadania. Prosseguiu esclarecendo que se desejava sujeitos participantes da história

1094 e que para isso era necessário capacitar o conjunto dos Conselheiros de Saúde do país, bem como o
1095 conjunto da sociedade civil e obter formas de informação permanente para o conjunto dessas pessoas.
1096 Conselheiro **Diógenes Sandim Martins** perguntou qual previsão para o final do primeiro ano de
1097 governo em relação à humanização do atendimento na rede pública dos serviços do SUS sob o
1098 aspecto do atendimento e da eqüidade. Em resposta, a Senhora **Maria Luíza Jaeger** reforçou a
1099 importância de construir com o conjunto da sociedade e de discutir com os gestores municipais e os
1100 prestadores a humanização do acesso seria possível. Reforçou o apoio técnico do governo federal e
1101 da União e falou da importância de formação de trabalhadores de saúde, bem como gestores. Falou,
1102 ainda, da necessidade de discutir com o conjunto dos trabalhadores de saúde a fim de determinar o
1103 que significava ser servidor público da área de saúde. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos**
1104 agradeceu a apresentação da Senhora **Maria Luíza Jaeger** e registrou que a conhecera na Comissão
1105 Nacional da Reforma Sanitária, após a 8ª Conferência, realizando trabalho estratégico, político e
1106 programático mais decisivo para emplacar na Constituição do que o próprio Relatório Final da 8ª
1107 Conferência Nacional de Saúde. **ITEM 08 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO CNS E AGENDA**
1108 **BÁSICA** – Item não apresentado. **ITEM 09 – DELIBERAÇÕES PENDENTES** – Item não apresentado.
1109 **ITEM 10 – PEDIDO DE VISTAS DA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA** – Conselheiro
1110 **Elias Rassi Neto** esclareceu, primeiramente, que o Parecer do Ministério da Saúde era o mesmo que
1111 iria ser apresentado na Reunião Ordinária de agosto de 2002. Em seguida, apresentou o Parecer da
1112 Comissão declarando que, após análise realizada da proposta de Formação de Tecnólogo,
1113 correspondente a curso de nível superior na área tecnológica voltado para atender as necessidades na
1114 área da saúde e considerando os Pareceres da CIRH do CNS, de 24 do junho de 2002 e da
1115 Coordenação Geral de Política de Recursos Humanos de 1º de junho de 2002, o MS entendia a
1116 necessidade de aprofundamento de discussões sobre o tema. Assim, considerando a relevância do
1117 assunto em pauta e a realização do Seminário do Instituto de Saúde Coletiva do Estado da Bahia, nos
1118 dias 5 e 6 de setembro de 2002, sugeriu considerar o relatório do referido Seminário como subsídio
1119 para pronunciamento final do CNS. Ressaltou que o Conselho Nacional de Saúde pronunciou-se junto
1120 ao Conselho Nacional de Educação sobre o adiamento de qualquer decisão na área da saúde,
1121 manifestando por escrito e, em reunião conjunta, a posição da CIRH. Nesse sentido, sugeriu que a
1122 discussão e deliberação acerca do tema fossem transferidas para Reunião Ordinária de outubro de
1123 2002, a fim de amadurecimento da questão. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** fez uma
1124 apresentação do Pedido de Vistas, destacando que o mesmo teria de ser feito em cima do Parecer da
1125 CIRH. Começou afirmando que a temática fora abordada pela Comissão Intersetorial de Recursos
1126 Humanos do CNS, em relatório apresentado ao Pleno do CNS em sua 121ª Reunião Ordinária, tendo
1127 sido debatida entre os Conselheiros sem que houvesse o consenso sobre o mérito da proposta. Falou
1128 da necessidade de estudo mais detalhado da matéria que, incontestavelmente, traria consequências
1129 direta para o usuário do SUS, assim, é temática essencial e de pertinência absoluta do controle social.
1130 Disse que as afirmações do MEC sugeriam que os Cursos Superiores de Tecnologia eram uma
1131 adequação ao ensino ao mercado consumidor, não apenas nacional, mas internacional, considerando
1132 a *“ampliação da participação brasileira no mercado mundial”*. Nesse sentido, falou do compromisso
1133 mercadológico assumido pela proposta do MEC. Prosseguiu comentando o crescimento, nos últimos
1134 anos, de Cursos Seqüenciais, criados como uma alternativa de curta duração em relação aos cursos
1135 superiores. Disse, ainda, que os cursos seqüenciais, criados pela Lei de Diretrizes e Bases da
1136 Educação, de 1996, tinham carga horária e duração menor do que os cursos de graduação tradicionais
1137 e não habilitavam quem o completava a seguir carreira acadêmica. Falou que o modelo de cursos
1138 seqüenciais era inspirado em países como a França, tendo por objetivo preparar quem tem diploma de
1139 nível médio para o mercado ou complementar a formação de quem fez graduação. Apresentou dados
1140 do Censo do Ensino Superior que demonstram que a oferta desses cursos estaria concentrada na
1141 iniciativa privada, considerando que apenas 29% dos referidos cursos eram de instituições públicas.
1142 Citou algumas instituições que estariam oferecendo o curso de Tecnólogo de Radiologia, a saber: **a)**
1143 Universidade Estácio de Sá; **b)** Centro Universitário São Camilo; **c)** Universidade de Marília – UNIMAR,
1144 entre outras. Informou que a expansão dos cursos seqüenciais tem enfrentado resistência da
1145 comunidade acadêmica. Citou o caso do CRUESP, em São Paulo, que apresentou no ano de 2001 a
1146 proposta de criação de mais de 90 mil vagas em cursos seqüenciais e as Associações dos Docentes e
1147 maior parte dos professores foram contra. Em seguida, apresentou a opinião do Senhor **Otaviano**
1148 **Helene**, vice-presidente da ADUSP, que considera que a proposta de cursos seqüenciais não se
1149 adapta às necessidades brasileiras. Como conclusão, declarou que o usuário e a saúde não poderiam
1150 mais ser vistos como mercadorias. Declarou que, diante do exposto e preocupado com outras como a
1151 qualidade profissional, humanização e na condição de conselheiro e representante dos usuários, o seu
1152 parecer era pela aprovação integral ao relatório da CIRH. Por fim, sugeriu que, aprovado o Parecer da
1153 CIRH, fosse encaminhado para o Seminário a posição do CNS. Conselheiro **Sérgio Luís Magarão** fez
1154 uso da palavra para esclarecer que existia diferença entre curso seqüencial e curso tecnológico, com

1155 apoio e legislação diferentes. Disse que o curso tecnológico objetiva dar oportunidade ao jovem de
1156 trabalhar mais cedo e concluir sua graduação posteriormente, podendo, inclusive, fazer uma pós-
1157 graduação. No que se refere ao curso seqüencial, afirmou que tem por objetivo atualizar
1158 conhecimento, era terminativo em si próprio. Esclareceu que as Instituições citadas agiram de maneira
1159 incorreta, pois deram uma característica de curso tecnológico ao curso seqüencial e ofereceram esses
1160 cursos ao mercado. Prosseguiu esclarecendo que as empresas e o comércio, não compreendendo a
1161 legislação, matricularam seus alunos que, ao terminarem o curso, não obtiveram o título de técnico,
1162 impossibilitando a continuação dos estudos. Conselheira **Zilda Arns Neumann** falou da dificuldade
1163 das classes menos favorecidas cursarem um curso de nível superior. Propôs que o CNS aguardasse a
1164 conclusão do Seminário do Instituto de Saúde Coletiva do Estado da Bahia para deliberar a respeito da
1165 questão e chamou atenção para que a decisão não prejudicasse as classes menos favorecidas.
1166 Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** falou que, por meio da apresentação, entendera que os cursos
1167 seqüenciais foram colocados como exemplo do que significava a implantação dos referidos cursos pela
1168 lógica do MS em acompanhar o mercado. Disse que o curso tecnológico não estava implantado e, por
1169 isso, não era possível saber qual a repercussão que teria. Afirmou que a questão já tinha sido bastante
1170 discutida e tinha condições de se deliberar a respeito. Falou que o acesso à Universidade não poderia
1171 ser discutida no âmbito da educação tecnológica, pois a população menos favorecida continuaria não
1172 tendo acesso, tendo em vista que os cursos tecnológicos seriam oferecidos, em sua grande maioria,
1173 por instituições particulares. Declarou que a proposta da educação tecnológica seguia a recomendação
1174 do Banco Mundial para educação nos países em desenvolvimento de viabilizar formações rápidas.
1175 Ressaltou que a formação tecnológica poderia ser viável em algumas áreas, mas para a área da saúde
1176 não havia necessidade da criação de novos cursos, considerando que o recurso humano da saúde era
1177 suficiente, apesar da importância da capacitação dos profissionais. Conselheira **Eliane Aparecida**
1178 **Cruz** endossou o Parecer apresentado pelo Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa**, bem como a
1179 proposta de envio dos Pareceres acerca do assunto para o Seminário do Instituto de Saúde Coletiva
1180 do Estado da Bahia. Considerou que a LDB permitira várias questões muitas boas e outras muito ruins
1181 e, nesse sentido, citou a experiência de formação de recursos humanos na CUT para esclarecer que a
1182 tecnológica não resolia o problema de formação na área de saúde. Destacou que era essencial a
1183 abertura de escolas em todos os pontos do país a fim de manter os profissionais nas suas respectivas
1184 regiões, de revisão curricular e garantir que os profissionais permaneçam na base dos serviços com
1185 mais capacitação. Chamou atenção para o fato de o ensino tecnológico não resolver os problemas na
1186 área de saúde e reforçou a importância de analisar a condição de país continental, bem como a
1187 diversidade nacional, a fim de avaliar que tipo de formação a saúde necessitava e dar condições de
1188 atenção e acesso à população. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** disse, primeiramente, que a
1189 matéria poderia ter sido encaminhada de forma diferente, quando fora apresentada há 60 dias, se a
1190 ABRASCO tivesse anunciado a realização do Seminário e incorporado o CNS na participação do
1191 mesmo, considerando que nenhum integrante da CIRH fora convidado a participar. Ressaltou que
1192 faltara encaminhamento político que poderia viabilizar o adiamento da discussão para o mês de
1193 outubro de 2002 a fim de esperar a realização do Seminário. Lembrou que o Parecer da CIRH estava
1194 embasado no Art. 44 da LDB, que trata dos aspectos de abrangência e densidade que não são
1195 contemplados nos cursos tecnológicos. Destacou que a Comissão entendia que, tendo em vista os
1196 Princípios e Diretrizes do SUS e a complexidade que cada nível exigia, os serviços de saúde só
1197 poderiam ser prestados por profissionais que agregassem um conjunto de competências para além
1198 das competências técnicas. Falou da questão da complexidade e especificidade do trabalho de saúde
1199 que requer um trabalhador com formação superior em bases sólidas, tanto do ponto de vista técnico
1200 quanto humanista. Declarou que entendera que a posição do MS em relação a matéria era neutra,
1201 tendo em vista que apresentara Parecer com a proposta de viabilizar uma melhor discussão do tema.
1202 Reforçou que a CIRH era contra a proposta de Educação Tecnológica para área da saúde.
1203 Conselheira **Gyselle S. Tannous** estranhou o fato de o MS propor o adiamento da discussão para o
1204 mês de outubro de 2002, em respeito ao Seminário da ABRASCO, patrocinado pelo referido Ministério.
1205 Em relação ao Parecer do Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa**, disse que vinha de encontro aos
1206 anseios dos usuários, tendo em vista que a população enfrentava dificuldades no que diz respeito ao
1207 acesso a bons profissionais de saúde, e não pela falta de acesso às Universidades. Afirmou que a
1208 população desejava bons profissionais na área da saúde e, nesse sentido, ressaltou que o Conselho
1209 poderia contribuir para isso por meio da discussão de diretrizes de capacitação de recursos humanos e
1210 análise de currículos de escolas médicas. Apresentou, ainda, o Decreto nº 3.860, citando o seu Art. 27,
1211 que afirma que “a criação de cursos de graduação de medicina, odontologia e psicologia em
1212 Universidades e demais instituições de ensino superior deverá ser submetida à manifestação do
1213 Conselho Nacional de Saúde”, a fim de esclarecer que nenhum tipo de consulta, nesse sentido, teria
1214 sido feita. Solicitou, formalmente, a Secretaria Executiva a fim de informar ao Pleno do Conselho se a
1215 criação dos referidos cursos eram ou foram submetidas à apreciação do Plenário e quem estaria

1216 efetuando essas consultas. Posicionou-se favoravelmente ao Parecer do Conselheiro **Artur Custódio**
1217 **M. de Sousa** que apóia o Parecer da CIRH. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** manifestou total
1218 apoio aos Pareceres da CIRH e do Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa**. Citou sua experiência
1219 que, no seu exercício de professora de ensino superior, nunca ouvira falar de tecnologia de direito, de
1220 economia, afirmando que ocorriam surtos somente em relação aos serviços prestados à população
1221 como saúde, educação. Lembrou o compromisso do Colegiado, como controle social, do estado
1222 brasileiro, com a identidade cultural, declarando que, se a educação era o cuidar pedagogicamente da
1223 cultura do povo, a saúde era cuidar sanitariamente da cultura do povo. No que se refere à educação
1224 superior, disse que ninguém tinha problema com ensino superior, esclarecendo que o problema do
1225 professor com os alunos se resumia ao fato do aluno que tinha uma má formação ao nível de
1226 educação infantil, ensino fundamental e médio. Esclareceu que não era papel do CNS avaliar a
1227 relevância socioeconômica dos cursos de graduação, mas a adequação dos cursos para a sociedade
1228 brasileira. Por fim, afirmou que não era falta de formação que levava ao desemprego, tendo em vista
1229 que havia muitos profissionais com PHD sem emprego no Brasil. Conselheiro **Elias Rassi Neto** pediu
1230 desculpas por insistir na discussão do assunto durante dois meses e reconheceu que havia
1231 argumentos sólidos sobre o ensino tecnológico. Afirmou que o aprofundamento do debate da questão
1232 não seria encerrado com posição do CNS. Informou que o seu voto seria contrário ao Parecer e falou
1233 da possibilidade de mudança de posições mútuas do CNS e CNE. Disse que os profissionais,
1234 formados a partir de concepções anteriores com discurso de reprodução da doença, não estariam
1235 adaptados ao novo modelo que o SUS estava implantando no país. Esclareceu que o Evento que
1236 estaria sendo realizado não era um fórum de deliberação e que fora promovido pelo ISC da Bahia, com
1237 a participação da ABRASCO, financiado com recurso público. Em resposta às dúvidas suscitadas de
1238 sua apresentação, Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** esclareceu que citara os cursos
1239 seqüenciais para mostrar as distorções em relação aos cursos tecnológicos. Afirmou que os países
1240 que optaram pela educação tecnológica na área de saúde como Chile, México não tiveram um impacto
1241 na melhoria das distorções do campo da saúde. Por fim, sugeriu que o Relatório da CIRH fosse
1242 aprovado e encaminhado para o Seminário e que os resultados do Evento fossem submetidos a CIRH
1243 a fim de elaborar Parecer a ser apresentado ao Plenário. Conselheiro **Sérgio Luís Magarão** lembrou
1244 que a Universidade não participava do sistema de saúde brasileiro e, assim, formava um profissional
1245 sem conhecer o sistema para qual o profissional estaria sendo preparado. E, ainda, afirmou que o
1246 profissional mal formado era "jogado" no mercado sem que lhe fosse oferecida educação continuada.
1247 Comentou a falta de controle das ações na área de educação e saúde no Brasil e citou o caso do curso
1248 seqüencial ser oferecido como tecnológico. Reforçou o seu apoio ao Parecer da CIRH. Em relação à
1249 aprovação de criação de novos cursos pelo CNS, esclareceu que havia um GT responsável por avaliar
1250 a questão, porém acontecia grande desrespeito ao CNS. Lembrou que a LDB permitia que Estados e
1251 Municípios criassem cursos que seriam fiscalizados pelo mercado. Declarou que era o momento
1252 oportuno para o CNS se manifestar de uma forma positiva, por meio das novas diretrizes curriculares,
1253 da precoce inserção dessas Universidades no SUS. Sugeriu que fosse pautada discussão para tratar
1254 de todos os dados existentes. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** esclareceu que a questão
1255 da autorização para novos cursos fora objeto de discussão no Plenário e ficara acertado a retomada do
1256 papel do Conselho em uma articulação direta com o CNE. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer**
1257 informou que o Presidente do Conselho colocou dúvida em relação à aplicabilidade da concepção da
1258 educação tecnológica para a área da saúde. Discordou da proposta de encaminhar a Resolução da
1259 CIRH para o Seminário e solicitou que as decisões do Seminário fossem enviadas para apreciação da
1260 CIRH que, posteriormente, apresentaria ao Conselho. Discutidos esses assuntos, Coordenador
1261 **Nelson Rodrigues dos Santos** colocou em votação os Pareceres do Conselheiro **Elias Rassi Neto** e
1262 do Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** com o seguinte resultado: 3 votos a favor do Parecer do
1263 Conselheiro **Elias Rassi Neto**; 14 votos a favor do Parecer do Conselheiro **Artur Custódio M. de**
1264 **Sousa**; nenhuma abstenção. **ITEM 11 – RELATO DA CIT** – Senhora **Deildes Prado**, Secretária
1265 Executiva da Tripartite, apresentou súmula da 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores
1266 Tripartite, realizada em 14 de agosto de 2002, na cidade de São Paulo, com discussão dos seguintes
1267 pontos de pauta: **a)** Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças: certificação,
1268 com vigência de 1º de setembro de 2002, um total de 15 municípios, sendo 09 do Estado de Minas
1269 Gerais e 06 do Estado do Pará; **b)** Qualificação dos Estados (NOAS 01/2002): qualificação em Gestão
1270 Plena do Sistema Estadual os Estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; **c)** Habilitação de
1271 Municípios (NOAS 01/2002): habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, com vigência de 1º de
1272 setembro de 2002, o município de Quixelô, Estado do Ceará; **d)** Emenda Constitucional nº 29: o
1273 assunto não fora apresentado, vez que a Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde não emitira
1274 parecer solicitado; **e)** Base Populacional: após discussão da questão, foi delegado ao MS a
1275 formalização de solicitação ao IBGE, a fim de que a publicação dos dados sobre população fosse feita
1276 dentro de um período mais adequado ao planejamento das ações dos Ministérios, Estados e

1277 Municípios e que contenha discriminação de sexo, faixa etária e município; **f)** Descentralização das
1278 Ações de Controle e Prevenção de DST/AIDS: apresentação de proposta sobre a Estratégia Nacional
1279 de Controle e Prevenção da AIDS no Brasil, definindo a forma de financiamento descentralizado de
1280 repasse de recursos fundo a fundo. Disse que a política de incentivo estava estruturada em 04 grandes
1281 objetivos: **1)** ampliar o número de municípios que tem programas estruturados e identificar onde as
1282 DST/AIDS eram problemas de saúde, possibilitando instrumentos para consolidar ações programáticas
1283 e ao mesmo tempo consolidar essa resposta no âmbito das 27 Secretarias e nos municípios que já têm
1284 convênios com o Ministério; **2)** garantir um fluxo contínuo de recursos para o programa, nos estados e
1285 municípios; **3)** possibilitar um processo de gestão focalizado na definição de ações e metas
1286 estratégicas, possibilitando a pactuação dessas metas nos três níveis de governo; **4)** aprimorar o
1287 processo de participação e controle social, com foco na participação da sociedade civil que atua área
1288 de DST/AIDS. Prosseguiu esclarecendo que a seleção de municípios e das Secretarias Estaduais
1289 aptos para habilitação, dentro de uma política de incentivos, seria feita com base em três critérios, a
1290 saber: **1)** magnitude da epidemia; **2)** estruturas programáticas existentes; **3)** adequação dos municípios
1291 de descentralização e regionalização. Informou que a primeira seleção envolvia a seleção de 390
1292 municípios que apresentaram mais de 50 casos nos últimos anos e/ou já tinham convênio estabelecido
1293 com o Ministério da Saúde a partir de 1994, e suas respectivas Secretarias Estaduais. A segunda
1294 define os critérios para repasse de recursos para estados e municípios estruturados com base em três
1295 grandes componentes: **1)** promoção de saúde e desenvolvimento institucional, que privilegia
1296 municípios e estados que tem menor estrutura de base; **2)** diagnóstico, tratamento e assistência; **3)**
1297 apoio para as organizações da sociedade civil. A política de incentivo prevê um repasse anual de R\$
1298 100 milhões, a ser atingido em 2004, distribuídos de acordo com a proporção de casos existentes,
1299 sendo repassado 37 milhões para as Secretarias Municipais. Em seguida, disse que as principais
1300 responsabilidades e requisitos em relação ao incentivo eram que: **1)** cada estado e município deverá
1301 elaborar um plano de ação e metas; **2)** o montante de recursos que vem sendo aplicado seja mantido;
1302 **3)** sejam fortalecidos os mecanismos de participação do controle social; **4)** se faça a estruturação e
1303 manutenção de equipes mínimas para condução da política de DST/AIDS. O documento foi aprovado
1304 com as modificações sugeridas; **f)** Criação do Fórum Tripartite de Gestão de Informação e Informática
1305 em Saúde: apresentação de proposta de criação de um novo modelo de gestão de informação que
1306 possibilitasse a integração de dois eixos: um de condução política, que seria a própria CIT e outro
1307 técnico, que seria o Comitê de Gestão da Informação e Informática em saúde. Discussão, ainda, de
1308 aspectos ligados ao número de representantes das diversas instâncias na formação do Comitê, que
1309 contemplaria todos os setores e órgãos afetos à questão da informação e informática em saúde, o que
1310 representaria um salto na qualidade do eixo técnico e um avanço na construção do Sistema Nacional
1311 de Informações em Saúde. Informou, ainda, que foram apresentadas as seguintes questões: **a)**
1312 Recurso do Município de Itaberaba/BA. Proposta: em função de impasse no encaminhamento do
1313 recurso, foi proposto na reunião anterior da CIT que fosse realizada discussão dos itens 65, 65.1 e
1314 65.2 da NOAS, que tratam das habilitações dos municípios, e que lhe fossem dados nova redação.
1315 Disse que foi acordado que para o item 65, no caso de o município se considerar em condições de
1316 pleitear a habilitação em GPSM e o estado não tenha concluído o PDR, PPI e PDI, o município poderia
1317 apresentar, em requerimento a CIB, para oficialização de cronograma para conclusão do processo no
1318 âmbito estadual. Para os itens 65.1 e 65.2, dispõe que caso a CIB não se pronuncie em 30 dias, ou
1319 apresentasse encaminhamento que fosse considerado inadequado pelo município, ele poderia pleitear
1320 a habilitação em GPSM de forma excepcional, com base na NOAS. Resolução: informou que o
1321 encaminhamento dado foi de que a redação definitiva dos referidos itens seria feita por uma Comissão
1322 Tripartite e que a mesma seria encaminhada, em seguida, para publicação; **b)** Avaliação dos
1323 Municípios: a Secretaria de Políticas de Saúde informou que aproximadamente 400 municípios
1324 estariam cumprindo os itens relativos à Atenção Básica. Proposta: foi sugerido a realização de um
1325 movimento no sentido de trazer os referidos municípios para avaliação/homologação na próxima
1326 reunião da CIT. Por fim, apresentou os informes da Reunião: **a)** não inclusão na pauta da discussão
1327 das Portarias da SPS solicitadas em reunião anterior que tratam, respectivamente, da criação de pólos
1328 regionais de capacitação do PSF e do incentivo para capacitação da Saúde da Família; **b)** Portaria que
1329 trata da mudança do financiamento da terapia renal substitutiva; **c)** proposta de Reunião da Tripartite
1330 ser realizada em lugar distinto a cada mês e que seria coordenada pelo CONASS e CONASEMS.
1331 Resolução: esse ponto seria melhor discutido e deliberado na reunião de setembro de 2002; **d)** registro
1332 de protesto do CONASS e CONASEMS sobre experiência piloto do MS de envio de medicamentos de
1333 combate a hipertensão em domicílio, realizada em dois municípios de São Paulo: foi dado
1334 encaminhamento no sentido de que o MS se preservava o direito de realizar esse tipo de avaliação
1335 para verificar pontos que poderiam constituir avanços para assistência farmacêutica. Coordenador
1336 **Nelson Rodrigues dos Santos**, antes de abrir inscrições, colocou que representava uma grande
1337 conquista a apresentação dos temas tratados na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite ao

1338 Plenário do Conselho, tendo em vista a possibilidade de conhecimento das questões relativas a
1339 mesma pelo Colegiado. Ponderou que, apesar da apresentação ter sido realizada com grande
1340 competência pela expositora, reforçou a necessidade de discutir o método de apresentação,
1341 considerando que fora combinado a apresentação dos destaques da reunião, bem como distribuição
1342 prévia de todo material e comentários necessários por parte dos representantes das três esferas.
1343 Esclareceu que a Secretaria Executiva da Tripartite não fora informada do método de apresentação a
1344 ser realizado e afirmou que na próxima apresentação da Tripartite seriam tomadas as medidas
1345 cabíveis no que se refere ao método de apresentação. Senhor **Gilson Cantarino O'Dwyer** declarou
1346 que fora o melhor relato da CIT que houvera no CNS tendo em vista que retratara o processo de
1347 pactuação da CIT, mas reconheceu que não poderia acontecer da forma como fora feito em função do
1348 tempo e destacou a necessidade de adaptação por meio de metodologia. Conselheiro **Elias Rassi**
1349 **Neto** registrou o excelente relato da reunião da CIT e declarou que contribuiria para o amadurecimento
1350 do processo de relação entre o controle social e a gestão política e econômica do SUS. Afirmou, ainda,
1351 que a Senhora **Deildes Prado** contribuiria muito com a sua capacidade e competência de conseguir
1352 reproduzir e retratar o que acontece na reunião da CIT. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**
1353 referiu-se ao Projeto discutido na CIT em relação a DST/AIDS com proposta de repasse fundo a fundo.
1354 Declarou que a proposta deveria ser debatida no Plenário do CNS, juntamente com a CIT e solicitou
1355 que o assunto fosse pautado para discussão do tema. Conselheiro **Olympio Távora Corrêa**
1356 parabenizou a apresentação e perguntou, em relação a hemodiálise, qual era a previsão de que a
1357 alteração proposta ser viabilizada no sentido de não penalizar os serviços de hemodiálises.
1358 Conselheira **Zilda Arns Neumann** propôs que fosse distribuído um resumo executivo da Reunião da
1359 Tripartite anteriormente à reunião e que os dados relativos aos municípios fossem melhor detalhados.
1360 Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** declarou que o relato feito cumpria uma parte da ansiedade do
1361 CNS no que diz respeito a relação com a CIT e destacou a importância de material escrito a fim de que
1362 o Colegiado absorvesse melhor as informações para discussão após o relato. Propôs que o relato da
1363 Reunião da CIT apresentado fosse remetido a todos os Conselheiros a fim de que o assunto fosse
1364 discutido na 124ª Reunião do CNS. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** esclareceu que fora
1365 aprovada na Comissão Nacional de AIDS o envio do material em relação ao Projeto e solicitou que o
1366 assunto fosse pautado para Reunião Ordinária de outubro de 2002. Coordenador **Nelson Rodrigues**
1367 **dos Santos** informou, primeiramente, que recebera Ofício do Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling**
1368 **Duarte** para pautar a questão da AIDS para a 123ª Reunião, porém a pauta já estava fechada. Nesse
1369 sentido, disse que o assunto estava automaticamente pautado para 124ª Reunião Ordinária do CNS.
1370 Em seguida, reforçou a importância da discussão do método de apresentação do relato da CIT,
1371 enfatizando a importância de construir uma relação entre o Conselho e a Tripartite, bem como a área
1372 de intersecção de ambos e os papéis e responsabilidade do Conselho e da Tripartite. Por fim,
1373 agradeceu o relato feito pela Senhora **Deildes Prado**. Chamou atenção para importância do
1374 recebimento do relatório da reunião ser enviado previamente aos Conselheiros e na apresentação do
1375 relato serem informados os destaques da Reunião. Senhora **Deildes Prado** disse que na próxima
1376 reunião do CNS a apresentação seria feita a partir da metodologia proposta. Aproveitou a oportunidade
1377 para informar que, algumas vezes, a reunião do CNS acontecia uma semana após a reunião da CIT,
1378 assim, não havia tempo hábil para redigir a Ata da Reunião da CIT a fim de enviar ao CNS. **ITEM 12 –**
1379 **RELATÓRIO DA COFIN/CNS** – Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** comentou a respeito do
1380 Orçamento Financeiro para 2003, destacando que não fora possível apresentação de dados e
1381 manifestação do Conselho com a devida antecedência. Esclareceu que se encontrava na pasta dos
1382 Conselheiros material a respeito do Orçamento e a cópia do Ofício que fora enviado a todos os
1383 Parlamentares do Senado e da Câmara, principalmente, à Comissão Mista de Orçamento do
1384 Congresso com proposição preliminar, aprovada pelo Plenário no mês de agosto de 2002, acerca de
1385 critérios de montante total para o Orçamento de 2003, em cumprimento da EC nº 29. Conselheira
1386 **Eliane Aparecida Cruz** aproveitou a ocasião para apresentar a seguinte questão de ordem: de todos
1387 os trabalhos pendentes, deveria haver um critério de seleção e priorização para pautar discussão no
1388 CNS de temas mais urgentes como a Resolução nº 33/92, o Regimento Interno do CNS, a questão do
1389 orçamento para 2003 e demais questões. Perguntou da possibilidade de acrescentar mais um
1390 componente à Comissão de Pauta. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** disse que,
1391 informalmente, a Comissão poderia ter quatro componentes devendo essa questão ser tratada pelo
1392 Regimento Interno. Conselheira **Gyselle S. Tannous** apresentou, também, questão de ordem a fim de
1393 esclarecer que, regimentalmente, a Comissão teria de ter três Conselheiros com mandato de um ano,
1394 renovável por mais um ano. Nesse sentido, disse que a Comissão já extrapolara o seu mandato e
1395 devia ser renovada e endossou a entrada da Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** como processo de
1396 renovação da Comissão. Propôs ao Plenário que a apresentação da COFIN fosse feita segundo dois
1397 eixos: **a)** o descumprimento do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão – MPOG em não
1398 enviar o Orçamento 2003, em tempo hábil, para que o CNS pudesse manifestar-se; **b)** análise do

1399 Orçamento para 2003. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu que o Plenário analisasse, em
1400 princípio, o Orçamento para 2003. Em seguida, Professor **Elias A. Jorge** apresentou o Relatório da
1401 Reunião da COFIN/CNS, realizada nos dias 04 e 05 de setembro de 2002, apresentando,
1402 primeiramente, dentre outros, os seguintes destaques do Relatório: **a)** permanência da Dívida
1403 Consolidada da União, muito superior a R\$ 1 Trilhão (em 30 de julho de 2002 – R\$ 1 trilhão e 176
1404 bilhões); **b)** no mesmo período o Orçamento Geral da União destinou para Encargos Financeiros da
1405 União – EFU R\$ 170,1 bilhões; **c)** a manutenção do Decreto Presidencial nº 4.120 de 07 de fevereiro
1406 de 2002, que dispõe sobre a programação orçamentária e financeira do exercício de 2002, que
1407 promove o Tríplice Contingenciamento, penalizando a execução Orçamentária e Financeira do MS,
1408 apesar da vinculação constitucional de recursos e apesar da Seguridade Social ser amplamente
1409 superavitária. O Decreto nº 4.230 introduziu novos contingenciamentos; **d)** a manutenção da data limite
1410 para o cancelamento das despesas inscritas em Restos a Pagar e não liquidadas até 30 de setembro
1411 de 2002 pelo Decreto Presidencial nº 4.305 de 17 de julho de 2002, havendo risco de cancelamento de
1412 R\$ 176 milhões do Ministério da Saúde, além dos R\$ 69,2 milhões já cancelados; **e)** o veto
1413 presidencial ao parágrafo 3º do Art. 57 da LDO/2003; **f)** o desfecho da Ação Direta de
1414 Inconstitucionalidade – ADIN nº 2538-4, iniciativa da AMB, que provocou manifestação da Advocacia
1415 Geral da União – AGU informando que o Parecer AGU nº GM – 016 de 29 de dezembro de 2000
1416 perdeu o Efeito Normativo em 17 de dezembro de 2001. Este Parecer, reativado pelo veto presidencial,
1417 estabelece que, para cumprimento da EC nº 29, o ano anterior de 2004 é 1999 e não 2003, o que
1418 diminuiria em vários bilhões de reais o mínimo assegurado pela EC nº 29 para Ações e Serviços
1419 Públicos de Saúde. Com sua aplicação, o patamar orçamentário para 2002 fica rebaixado em R\$ 1
1420 bilhão e 80 milhões de reais, com reflexo nos orçamentos dos anos consecutivos. Informou que no dia
1421 02 de setembro de 2002, a COFIN recebeu uma planilha com a dotação para 2003, contendo os
1422 valores da Proposta Orçamentária enviada ao Congresso Nacional. Prevaleceu o Parecer da AGU,
1423 subtraindo-se do Orçamento de Saúde para 2003 R\$ 2 bilhões e 281 milhões; **g)** a importância da
1424 homologação e disseminação da Resolução nº 316, de 04 de abril de 2002; **h)** a necessidade de
1425 retomar o processo de discussão que gerou o Documento *"Parâmetros Consensuais sobre
1426 Implementação e Regulamentação da EC nº 29"*; **i)** o Parecer nº 961/2002, da CONJUR/MS, que
1427 encerra considerações inusitadas sobre a EC nº 29 e, sua análise feita pelo IDISA. No que se refere a
1428 Restos a Pagar, destacou que dos R\$ 3 bilhões e 250 milhões inscritos como Restos a Pagar para
1429 2002, R\$ 2 bilhões e 76 milhões foram liquidados e pagos até 30 de agosto de 2002. Entretanto, o
1430 montante já liquidado até 31 de agosto de 2002, e ainda não pago, era de R\$ 929 milhões. Disse que a
1431 COFIN/CNS solicitou que nas planilhas sobre Execução de Restos a Pagar fosse incluída a coluna
1432 sobre os valores liquidados, o que tem sido encaminhado mensalmente. Esclareceu que estão
1433 bloqueados para execução orçamentária R\$ 1 bilhão 307 milhões, que podem ser cancelados em 31
1434 de dezembro de 2002. Além disso, ressaltou que não havia disponibilidade financeira para execução de
1435 2 bilhões 419 milhões, que provavelmente estariam condenados a execução orçamentária/financeira
1436 de R\$ 3 bilhões 726 milhões. Destacou que no 3º Seminário sobre Operacionalização da EC nº 29,
1437 realizado em Salvador, em 2 e 3 de setembro de 2002, houve consenso em relação a proposta de
1438 somente considerar como despesa realizada de Ações de Serviços Públicos de Saúde (EC nº 29)
1439 aquelas que tenham os recursos financeiros transferidos para o respectivo Fundo de Saúde quando da
1440 sua inscrição em Restos a Pagar. Afirmou que houve consenso, também, em relação ao
1441 contingenciamento orçamentário/financeiro e ao cancelamento de recursos vinculados
1442 constitucionalmente, que só poderia ocorrer para dotações superiores ao mínimo assegurado
1443 constitucionalmente, respondendo, assim, a questão: recursos vinculados Constitucionalmente eram
1444 passíveis de Contingenciamento Orçamentário ou Financeiro e de cancelamento? Esclareceu que seja
1445 na União, DF, Estados ou Municípios, os valores inscritos em Restos a Pagar foram computados para
1446 fins de comprovação do cumprimento da EC nº 29, portanto, ao serem cancelados ou anulados, na
1447 prática deixaram de ser aplicados embora existisse a disponibilidade financeira. Informou que mantido
1448 o ritmo atual de Execução Orçamentária e Financeira, apontava-se para um horizonte de
1449 cancelamento e Restos a Pagar em 2003, superior a R\$ 3,5 bilhões. Quanto à execução orçamentária
1450 e financeira 2001/2002 do MS, ressaltou que havia programas e itens Orçamentários que continuavam
1451 com precária Execução Financeira em 2002 o que acontecia em alguns casos de pagamento de
1452 Restos a Pagar inscritos em 2002. Confirmou que para Saneamento Básico em 2003, no MS, a
1453 dotação proveniente do fundo de pobreza era zero. Disse que o orçamento do Projeto Alvorada para
1454 2003, era destinado ao Programa Bolsa-Alimentação e Programa de Saúde da Família. No que se
1455 refere ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 e o Orçamento de 2003, afirmou que o CNS
1456 fora impedido de opinar sobre a proposta orçamentária para 2003, antes de seu encaminhamento ao
1457 Congresso Nacional, com alegação de que estavam sendo feitas gestões junto à área econômica do
1458 governo no sentido de ampliar os valores estabelecidos como piso/teto para elaboração da proposta
1459 orçamentária. Esclareceu que o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão insistiu em definir o

1460 limite do Ministério da Saúde com base no orçamento de 1999, corrigido em 5% para 2000 e pela
1461 variação nominal do PIB para os anos subsequentes. Declarou que isso significava rebaixamento
1462 correspondente a R\$ 1 bilhão e 80 milhões que repercutiria em 2001, 2002 e 2003. Para 2002, afirmou
1463 que o prejuízo mínimo seria de R\$ 146 milhões que deveriam ser solicitados como suplementação
1464 orçamentária, uma vez que orçamento atual estaria defasado em relação ao mínimo assegurado pela
1465 EC nº 29, nos termos da Resolução nº 316 do CNS. Para 2003, afirmou que além dos prejuízos, havia
1466 rebaixamento correspondente inicialmente a R\$ 2 bilhões e 281 milhões. Declarou que o Ministério do
1467 Planejamento Orçamento e Gestão – MPOG insistia em utilizar as variações do PIB defasadas em 1
1468 ano, o que provoca uma redução inicial de 4% aproximadamente com recursividades sucessivas nos
1469 próximos orçamentos. Quanto ao Ministério do Planejamento, esclareceu que, para 2001, determinava
1470 que fosse utilizada a variação do PIB de 2001 (previsão atual de 9,02%). Nesse sentido, disse que a
1471 COFIN só se sentia em condições de definir o montante mínimo para 2003 para fins de cumprimento
1472 da EC nº 29, que deveria ser de R\$ 27 bilhões e 299 milhões acrescido de valores correspondentes às
1473 despesas com Inativos, Dívida e Projeto Alvorada que resultaria no montante global de orçamento do
1474 MS para 2003 de R\$ 30 bilhões e 741 milhões. Disse, ainda, que deveriam ser repostos R\$ 470
1475 milhões subtraídos ao SUS em 2001 e R\$ 1 bilhão e 453 milhões subtraídos em 2002. Destacou a
1476 importância de ser priorizada a homologação e disseminação da Resolução nº 316 do CNS, tendo em
1477 vista que poderia ser um referencial básico para os procedimentos do Tribunal de Contas e do
1478 Ministério Público. Informou que no 3º Seminário de Operacionalização da EC nº 29 foi consensual a
1479 Recomendação de que os Tribunais de Contas considerassem o SIOPS como instrumento importante
1480 nas Auditorias. Destacou, ainda, que foi firmado convênio com a Cooperação entre os Tribunais e o
1481 MS e ficou acertado que haveria acompanhamento conjunto na tramitação da lei que regulamentará a
1482 EC nº 29 e falou da possibilidade de novo encontro, em 11 de novembro de 2002, em Brasília.
1483 Informou que, em anexo ao relatório, havia os relatórios atualizados do SIOPS com posição de 28 de
1484 agosto de 2002, em relação ao preenchimento dos Municípios em relação ao primeiro semestre de
1485 2002. No que se refere à situação do SIOPS em 2001, destacou que 4.200 Municípios responderam.
1486 Por fim, apresentou as seguintes sugestões e encaminhamentos ao Plenário do CNS: **a)** reiterar a
1487 necessidade de homologação da Resolução do CNS nº 316 de 04 de abril de 2002; **b)** determinar que
1488 a Coordenação Geral do Conselho desencadeasse o processo de discussão sobre os tópicos da
1489 regulamentação da EC nº 29 apresentados no Item 03 do Relatório; **c)** considerar como parâmetros
1490 gerais as diretrizes básicas para avaliação da Proposta Orçamentária do MS para 2003, no que
1491 couber, as Resoluções do CNS nº 67/93 e nº 290/99, tendo como referência para o financiamento a
1492 Resolução nº 316/02 do CNS e a Decisão nº 143/2002 do TCU; **d)** convidar os autores de Projetos de
1493 Lei para Regulamentação da EC nº 29, Deputado Federal **Ursicino Queiroz** e o Senador **Tião Viana**
1494 para uma próxima reunião do CNS; **e)** convidar a Consultoria Jurídica do MS para explicitar os
1495 fundamentos do Parecer CONJUR/MS nº 961/2002; **f)** convidar, também, o Ministério Público Federal,
1496 a AMB e o IDISA para participar da discussão sobre o Parecer CONJUR/MS nº 961/2002; **g)** analisar a
1497 conveniência de encaminhar representação formal ao MPF (PFDC) sobre o descumprimento da EC nº
1498 29; **h)** aprovar o relatório e as sugestões nele contidas. Conselheira **Zilda Arns Neumann** propôs que
1499 o convite aos autores de Projetos de Lei para Regulamentação da EC nº 29, Deputado Federal
1500 **Ursicino Queiroz** e o Senador **Tião Viana** fosse pautada para reunião do CNS, a ser realizada em
1501 novembro de 2002. Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** esclareceu que o Deputado Federal
1502 **Ursicino Queiroz** não mostrou disposição de participar da discussão, tendo em vista que seria
1503 nomeado Conselheiro do Tribunal de Contas da Bahia. Informou, ainda, que o Relator do Projeto
1504 assumiria o PL no lugar do Deputado **Ursicino Queiroz**. Senhor **Arionaldo Bonfim Rosendo**,
1505 Subsecretário de Planejamento e Orçamento do MS, disse que estivera no Ministério da Fazenda e
1506 fora informado que haveria um corte de mais 2 bilhões nos limites de pagamentos os Órgãos da União,
1507 em setembro de 2002, que acarretara em dificuldade para o MS face aos diversos compromissos
1508 assumidos pela União. Disse que ao solicitar mais recursos para área de planejamento, a resposta foi
1509 de que para que a saúde pudesse cumprir o piso estabelecido pela EC nº 29 seria necessário
1510 contingenciamento de recursos nos demais Ministérios, assim não poderia ser destinado à saúde mais
1511 do que estava autorizado para empenho. Com relação à Proposta Orçamentária para 2003, esclareceu
1512 que a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, enquanto órgão setorial de Orçamento do MS, que
1513 compõe o Ministério de Planejamento Orçamento e Gestão – MPOG em cada órgão do Poder
1514 Executivo, estava obrigada a atuar nos limites estabelecidos para o MS e o mesmo de igual maneira.
1515 Destacou que o Ministério, na pessoa do Ministro, realizava gestões junto ao Ministério de
1516 Planejamento Orçamento e Gestão – MPOG, a fim de aumentar os limites para compor a proposta de
1517 2003. Justificou que não era possível enviar uma proposta final do Orçamento para o CNS
1518 anteriormente, devido ao fato de que apenas no dia 27 de agosto de 2002, os limites para saúde foram
1519 fechados e o reajuste final na rubrica de pessoal no MS. Disse que foram necessárias várias
1520 alterações no decorrer do mês de agosto de 2002 e somente dia 27 de agosto de 2002, antevéspera

1521 do envio da proposta do Orçamento para o Congresso foram fechadas. Esclareceu que a Consultoria
1522 Jurídica do Ministério da Saúde apresentou um relatório ao Ministro com posicionamento em relação
1523 ao piso de recursos. Sobre o Orçamento para 2003, esclareceu que fora recebido limite de R\$ 28,4
1524 bilhões de reais, sendo que R\$ 24, 641 era destinado ao financiamento das ações de serviços públicos
1525 de saúde. Afirmou que o Orçamento 2003 era R\$ 2,3 bilhões, maior do que o executado em 2001.
1526 Falou de solicitação, acatada pela SOF, de crédito no montante de R\$ 300 milhões de reais a fim de
1527 arcar com custos de medicamentos, vacinas, órteses e próteses e outros. Falou do exaustivo trabalho
1528 com a área econômica com a finalidade de atualizar o nível econômico autorizado ao Ministério da
1529 Saúde, tanto na parte orçamentária quanto na parte financeira. Esclareceu que não constava a
1530 questão do saneamento no Orçamento 2003 em virtude de que, quando foi lançado o Projeto Alvorada
1531 a aplicação de recursos na área de saneamento estava prevista para 2001 e 2002. Falou que todos os
1532 dispositivos contidos na Resolução do Conselho não deixaram de ser cumpridos, tendo em vista que a
1533 cada dia crescia a alocação de recursos para atenção básica, fazendo com que houvesse maior
1534 descentralização a cada mês e que o recurso chegasse de forma direta a todos os estados e
1535 municípios. Salientou que na Bolsa-Alimentação havia alocação de recursos suficientes a atender uma
1536 demanda de implantação de 2 milhões de Bolsas, a partir de janeiro de 2003. Declarou que, apesar do
1537 limite estabelecido para o Ministério da Saúde, em 2003, procurou-se preservar em todas as ações o
1538 valor aprovado para o ano de 2002, buscando recompor itens importantes como Farmácia Básica,
1539 PAB, Programa Saúde Família. Por fim, colocou-se à disposição para maiores esclarecimentos.
1540 Conselheira **Gysélla S. Tannous** pediu esclarecimentos acerca das carências nutricionais e do
1541 Programa Bolsa-Alimentação que apresentava valor inferior à proposta de 2002 e perguntou a lógica
1542 no aumento expressivo na área de comunicação social. Por fim, indagou a respeito da pertinência de
1543 orçamento para o Conselho Nacional de Saúde e a questão de programas de órteses e próteses.
1544 Conselheira **Zilda Arns Neumann** chamou atenção para importância do Programa Bolsa-Alimentação
1545 e indagou a possibilidade de destinar uma parte de recursos de outras áreas para o Programa. Falou
1546 da necessidade de aumentar a cobertura do Programa Bolsa-Alimentação. Em resposta às
1547 indagações, Senhor **Arionaldo Bonfim Rosendo** esclareceu, primeiramente, que no Orçamento de
1548 2002 estava previsto montante de R\$ 167 milhões para carência nutricional. Para o Programa Bolsa-
1549 Alimentação estaria previsto R\$ 300 milhões e que seriam incrementados 60 milhões. Disse que o
1550 Programa Bolsa-Alimentação veio para substituir a carência nutricional e que o gasto anual como o
1551 Programa era de R\$ 560 milhões. Esclareceu que a meta era implantar 2 milhões de Bolsas em janeiro
1552 de 2003. Completou que havia possibilidade de busca de recursos até que se alcançasse o montante
1553 necessário para o fiel cumprimento do Projeto ao longo de 2003. Comentou a questão da
1554 Comunicação Social, destacando grandes gastos com campanhas educativas, como, por exemplo, a
1555 campanha educativa de combate à dengue. Declarou que era gasto com campanhas educativas e
1556 publicitárias em torno de R\$ 100 milhões de reais por ano. Reforçou que ao ser lançado o Projeto
1557 Alvorada a previsão era aplicar R\$ 2 bilhões e 100 reais em dois anos: 2001 e 2002. Informou que
1558 2001, foi empenhado mais de R\$ 1 bilhão e 100 reais em saneamento e havia em 2002 perspectiva de
1559 aplicar R\$ 1 bilhão de reais. Ressaltou que a FUNASA estava impossibilitada de realizar transferências
1560 para Estados e Municípios noventa dias antes do Pleito, mas a previsão era de liquidar os Restos a
1561 Pagar até 31 de dezembro de 2002. Destacou que estava destinado o montante de R\$ 180 milhões de
1562 reais para Saneamento Básico em 2003. No que se refere à questão das órteses e próteses,
1563 esclareceu que estava previsto na proposta pagamento de todas as despesas com procedimentos de
1564 alta e média complexidade onde estava inserida a questão de órteses e próteses pagas por meio da
1565 tabela de procedimentos do SUS, inserida no ITEM AIH/SIA/SUS. Disse que o orçamento para Bolsa-
1566 Alimentação não fora diminuído, mas caso necessário, seria aplicado mais recursos. Destacou a
1567 importância de estudo do detalhamento da Proposta Orçamentária para 2003. Coordenador **Nelson**
1568 **Rodrigues dos Santos** sugeriu que fosse convidado o TCU e a OAB para participarem de reunião, em
1569 outubro de 2002, com o MPF, a AMB e o IDISA a fim de discutir o Parecer da CONJUR e, também, a
1570 questão do cumprimento da EC nº 29. Considerando o adendo proposto, o Relatório, bem como as
1571 propostas nele contidas, foi aprovado, por unanimidade. Conselheiro **Luiz Gonzaga Araújo**
1572 apresentou mote de sua autoria ao Plenário e destacou a importância de realizar levantamento sobre o
1573 Orçamento a fim de organizar as Emendas que seriam apresentadas no Congresso. Falou da
1574 indignação do Colegiado em relação ao trato do dinheiro público e desrespeito ao Conselho.
1575 Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** registrou incômodo em relação ao adiamento da Reunião
1576 Extraordinária, devido ao simbolismo político que possuía, e, principalmente, com o Ofício Circular nº
1577 101/2002, no Item b: *"lembra aos Conselheiros que não há descumprimento da Lei por parte do CNS*
1578 *porque a Lei nº 8142/90 é genérica ao atribuir aos Conselhos de Saúde que atuem na formulação*
1579 *estratégica, controle (...)"* O descumprimento referiu-se a boa prática estabelecida no decorrer dos
1580 anos", tendo em vista que se tentou justificar o injustificável. Disse que desde 1993 a questão do
1581 Orçamento era discutida de forma adequada e disse que a discussão do orçamento era um espaço

1582 conquistado e não concedido e, por isso, não se poderia abrir mão. Falou que era inaceitável o
1583 aumento da Comunicação Social, tendo em vista que a Comunicação Social nunca participava de
1584 reunião do Conselho para discutir as prioridades políticas de campanha. Comentou a execução da
1585 hanseníase ressaltando que propostas e repasses para municípios não aconteceram e destacou a
1586 importância de avaliar o impacto das políticas. Destacou a responsabilidade do Colegiado questionar,
1587 frente ao Ministério Público, o porquê da proposta Orçamentária não ter sido apresentada antes do
1588 envio ao Congresso. Conselheira **Gysélle S. Tannous** comentou o fato de não ter havido tempo de
1589 encaminhar a proposta final do Orçamento e destacou que a proposta final seria aquela que se
1590 conseguiria compactuar. Declarou que o Conselho era parceiro para constituição de políticas em todos
1591 os níveis e o Orçamento definia e refletia a política. Propôs ao Pleno do Conselho a realização de Ação
1592 Propositiva de Orçamento com proposição de orçamento compatível com a discussão de políticas
1593 necessárias para melhoria da saúde do povo brasileiro e defesa da proposta junto ao Congresso
1594 Nacional. Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** destacou a importância de abrir espaço direto junto a
1595 Comissão de Seguridade Social para debater o Orçamento junto ao Parlamento. Falou que era
1596 importante, também, discutir com o Ministério Público, o atraso do envio de dados que impediu a
1597 discussão do Conselho a respeito do Orçamento. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**
1598 endossou a proposta apresentada pela Conselheira **Gysélle S. Tannous** de propor políticas de saúde
1599 e tratar da questão do Orçamento. Disse que a proposta do Orçamento teria de ter sido submetida à
1600 apreciação de Conselho a fim de ser acrescida, modificada e aprovada no Plenário do CNS. Perguntou
1601 qual era a verba destinada para o controle social. Conselheira **Zilda Arns Neumann** destacou a
1602 importância de discutir as questões que não foram contempladas no Orçamento e comentou a
1603 necessidade de averiguar os motivos de baixa execução orçamentária em áreas importantes.
1604 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** informou que os gastos ministeriais com as
1605 Conferências de Saúde e Plenária estavam previstos no orçamento do Ministério da Saúde. Declarou
1606 que não havia recursos extras no orçamento do Conselho para execução de Conferências, tanto gerais
1607 quanto temáticas. Senhor **Ruy Nedel**, na coordenação dos trabalhos lembrou o Art. 26 da Lei nº
1608 8.080/90 que trata da forma de planejamento e orçamentação na área do SUS com a participação, a
1609 nível nacional, do Plenário. Destacou a necessidade de planejamento e orçamentação ascendente a
1610 partir do gestor municipal, com debate anterior ao envio da proposta ao respectivo Ministério.
1611 Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** ressaltou a importância de conhecer o orçamento do controle
1612 social e partir para mobilização popular a fim de garantir o mínimo de dignidade na peça orçamentária.
1613 Comentou o fato de não haver controle social nos lugares onde havia maior alocação de recursos e
1614 afirmou que nunca fora convidada para reunião da Comissão de Comunicação Social. Falou da
1615 importância de criar GTs e articulação junto às Comissões para garantir a execução das propostas e
1616 fazer cumprir a Lei. Senhor **Arionaldo Bonfim Rosendo** esclareceu que no material distribuído aos
1617 Conselheiros no Item Outros Programas, no Fundo Nacional de Saúde, página 10, foram elencados
1618 itens que poderiam servir de recursos financiadores de ações de controle social, a saber: **a)** controle
1619 social; **b)** formulação e avaliação de políticas para setor saúde; **c)** auditoria analítica e operativa do
1620 SUS; **d)** capacitação de recursos humanos e atenção básica; **e)** formação continuada de recursos
1621 humanos para o SUS; **f)** implantação de novos modelos de gestão, avaliação e descentralização para
1622 o SUS; dentre outras. Disse que o MS priorizou qualificação, no âmbito do REFORsus, de
1623 Conselheiros Municipais e Estaduais de Saúde. Destacou a realização de vasta Campanha realizada
1624 no final de 2001 com objetivo de buscar pessoas hemofílicas o que resultou em aumento significativo
1625 no número que o MS trabalhava, assim, destacou o valor de R\$ 140 milhões para compra de
1626 medicamentos fator 8 e 9 e R\$ 222 milhões para ação de 2003. Informou que somente no dia 27 de
1627 agosto o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão obtivera os limites estabelecidos ao
1628 Ministério da Saúde para proposta Orçamentária de 2003 e explicou que o MS não quisera submeter à
1629 apreciação do Conselho proposta orçamentária em cima de parâmetros que a área econômica não
1630 formalizara como definitivos. Professor **Elias A. Jorge** lembrou que fora aprovada proposta de
1631 acréscimo de R\$ 2 bilhões 288 milhões à proposta orçamentária. Sugeriu que a próxima reunião da
1632 COFIN, a ser realizada dia 8 de outubro, fosse ampliada a todos os Conselheiros com a presença dos
1633 Coordenadores de Planejamento das Secretarias e das Unidades Orçamentárias do MS a fim de
1634 formular uma proposta de tal forma a encaminhar ao Congresso uma proposta coletiva. Conselheira
1635 **Gysélle S. Tannous** apresentou proposta de encaminhamento diferente da apresentada pelo
1636 Professor **Elias A. Jorge**: que fosse convocada Reunião Extraordinária do CNS, para o dia 8 de
1637 outubro de 2002, a fim de discutir a proposta orçamentária, com a presença da COFIN. Conselheira
1638 **Eliane Aparecida Cruz** aproveitou a ocasião para reforçar que a questão do Regimento Interno e da
1639 Resolução levaria dois dias e, nesse sentido, seria necessário um dia a mais para discutir a questão do
1640 Orçamento. Senhor **Ruy Nedel** perguntou se seria convocada Reunião Extraordinária ou um dia a
1641 mais de reunião, bem como quem faria a convocação. Professor **Elias A. Jorge** lembrou que fora
1642 aprovada na 122ª Reunião, por unanimidade, a realização de Reunião Extraordinária específica que

1643 não se realizou por falta de matéria para ser analisada. Disse que o problema da falta de matéria que
1644 impedira a realização da reunião do dia 21 e no dia 28 fora resolvido, tendo em vista que fora
1645 apresentada a proposta orçamentária. Retirou, formalmente, a proposta de realização de Reunião
1646 aberta da COFIN e endossou a proposta de Convocação de Reunião Extraordinária com participação
1647 da COFIN. Conselheiro **Luiz Gonzaga Araújo** solicitou a convocação da Reunião Extraordinária do
1648 CNS. *Aprovada, também, por unanimidade, a seguinte proposta de encaminhamento: que fosse*
1649 *convocada Reunião Extraordinária, a ser realizada no dia 8 de outubro de 2002, para discussão*
1650 *do orçamento do Ministério da Saúde para 2003, do cumprimento da Emenda Constitucional nº*
1651 *29 e desdobramentos do Veto Presidencial ao § 3º do Art. 57 da LDO/2003, do Parecer da*
1652 *CONJUR nº 961/2002 e do Tríplice Contingenciamento. ITEM 13 – PEDIDO DE VISTAS DAS*
1653 *PROPOSTAS DE POSIÇÃO DO CNS SOBRE AS PORTARIAS SAS/MS Nº251/02 E Nº 77/02 –*
1654 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** esclareceu que, conforme solicitação da Comissão de
1655 Coordenação Geral, faria uma introdução da questão. Esclareceu que a Coordenação Geral iniciaria
1656 uma série de atividades para que o Plenário tivesse condições de deliberar sobre a questão do Art. 26.
1657 Esclareceu que na discussão da última reunião da Comissão ficou caracterizado que, aparentemente,
1658 a expressão “critérios e valores” dizia respeito ao conjunto de Atos e Portarias e não uma a uma das
1659 Portarias. Informou que saía no Diário Oficial uma média de 8 a 10 Portarias ou outros atos do
1660 Ministério da Saúde por dia útil. Disse, ainda, que as Portarias que tratam de valores e remuneração
1661 estariam diluídas nessas Portarias e que a interpretação da Comissão era de que a expressão
1662 “critérios e valores” teria muito a ver com a atribuição legal do CNS que era atuar na formulação de
1663 diretrizes e estratégias e no controle da execução e não o estudo de Portarias separadamente.
1664 Esclareceu que não houvera tempo de receber um parecer do Instituto de Direito Sanitário - IDISA,
1665 mas, informalmente, disse que o Instituto concordava que o Conselho podia e devia discutir e deliberar
1666 sobre: **a)** programação e modelo de atenção no caso da saúde mental; **b)** indicadores de qualidade e
1667 reclassificação de hospitais e serviços na área da saúde mental e demais áreas; **c)** conjunto de
1668 Portarias ou conjunto e critérios de remuneração. Esclareceu que a Comissão dispunha de uma lista
1669 de especialistas na matéria e que seria convocada uma ou duas oficinas de trabalho, a serem
1670 realizadas no mês de setembro de 2002 e outubro de 2002, a fim de obter subsídios para que Plenário
1671 pudesse deliberar sobre como interpretar o que versa o Art. 26 e como deliberar sobre diretrizes.
1672 Apresentou posição da Comissão em relação às Portarias, destacando que o CNS estaria sob duas
1673 pressões extremas em relação à Portaria nº 77, que tratava de valores para remuneração dos serviços
1674 de saúde mental: **a)** Federação Brasileira de Hospitais que desejava posicionamento contrário do
1675 Plenário acerca da Portaria nº 77/2002; **b)** O Ministério da Saúde que, também nunca trouxera a
1676 discussão da aplicação do Art. 26, solicita a aprovação da Portaria nº 77/2002. Disse que pela primeira
1677 vez a Federação e o Ministério solicitavam a interpretação do Art. 26, bem como a expressão “critérios
1678 e valores”, o mais rápido possível, e exigiam manifestação do Conselho em relação a uma única
1679 Portaria e não sobre um conjunto de Portarias, diretrizes ou parâmetros. Colocou que a Comissão
1680 determinava que o Plenário do Conselho assumisse estritamente o que a Lei determinava e que dentro
1681 de 60 dias apresentaria subsídios ao Colegiado a fim de deliberar sobre diretrizes e estratégias pelos
1682 quais o Ministério podia “emitir” as Portarias. Informou que o IDISA declarara que, caso o Conselho se
1683 posicionasse favoravelmente ou não à aplicação da Portaria nº 77/2002, seria aberta uma
1684 jurisprudência de que o Conselho, na prática, interpretara que a aplicação do Art. 26 seria apreciação
1685 de Portaria por Portaria e, para isso, o CNS teria de trabalhar diariamente na análise, interpretação e
1686 deliberação de Portarias. Conselheira **Maria Luíza Jaeger** informou que o CNS discutira várias tabelas
1687 de valores. Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** ressaltou, primeiramente, que durante muito tempo
1688 as tabelas foram discutidas no Conselho. Nesse sentido, informou que o Senhor **Gilson Carvalho**
1689 nunca publicara uma tabela sem apreciação do Conselho. Esclareceu que não estaria defendendo a
1690 FBH e que acompanhava e participava do processo de remuneração da área psiquiátrica há muito
1691 tempo. Comentou que a remuneração dos profissionais na área de saúde mental sofrera distorções e
1692 os reajuste passaram a ser feitos de forma aleatória. Disse que 60% dos procedimentos da AIH, no
1693 período de 1994 a 2000, tiveram menos de 60% de reajuste na parte hospitalar. Ressaltou que apenas
1694 23% dos honorários médicos tiveram reajustes menores que 60%. Nesse sentido, afirmou que os
1695 reajustes teriam de ser fundamentados em estudos econômico-financeiros. No que se refere à
1696 interpretação do Art. 26, disse que o CNS estaria defendendo uma posição que poderia confrontar com
1697 decisão judicial. Citou o Art. 3º, inciso 13 do Regimento Interno do CNS que declara que compete ao
1698 Conselho aprovar critérios e valores para remuneração de serviços e parâmetros de cobertura
1699 assistencial. Falou da realização de levantamento de custos de Hospitais Psiquiátricos feito, a pedido
1700 do Ministério da Saúde, declarando que o mesmo teria fundamento para mostrar se os valores de
1701 remuneração estariam adequados ou não ao levantamento feito. Afirmou, ainda, que caso o Plenário
1702 decidisse pela aprovação de qualquer uma das Portarias, faria um novo pedido de vistas, tendo em
1703 vista que possuía embasamento técnico, jurídico e legal para isso. Declarou que não era contra a

1704 reforma psiquiátrica, mas estava cuidando do respeito ao Conselho. Em seguida, apresentou quadro
1705 com evolução dos gastos com internações AIH, demonstrando que enquanto os valores de
1706 remuneração subiam gradativamente nas outras áreas, na área psiquiátrica, observa-se uma
1707 manutenção dos valores baixos o que indicava que se pretendia acabar com o hospital não por
1708 mudança assistencial ou por programa, mas sim por inanição financeira. Disse que as despesas da
1709 área ambulatorial e os gastos com internações psiquiátricas subiram e esclareceu que seria pago o
1710 total de 596 milhões se os procedimentos de psiquiatria tivessem tido o mesmo comportamento do
1711 restante dos procedimentos do AIH. Ressaltou que em 1995 os gastos de psiquiatria chegam a 11% e
1712 atualmente os gastos giravam em torno de 8%. Destacou, ainda, queda substancial nos gastos com
1713 hospitais privados e lucrativos, esclarecendo que somente o hospital privado lucrativo tivera redução
1714 de leito. Justificou o fato da redução de leitos dos hospitais lucrativos, esclarecendo que os mesmos
1715 estariam fechando por falta de condições financeiras. Destacou aumento substancial dos gastos com
1716 psiquiatrias e ambulatoriais. Informou que atualmente existiam 56.866 leitos e destacou a diminuição
1717 de 40 mil leitos por meio de mudança de modelo e negociação. Por fim, falou da importância de
1718 observar a evolução da área psiquiátrica, tendo em vista que a média de permanência estaria
1719 diminuindo. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** destacou a seriedade do Conselheiro **Olympio**
1720 **Távora Corrêa**, expressando admiração profissional e pessoal por ele. Porém, discordou do
1721 encaminhamento apresentado pelo Conselheiro, pois acreditava que o pronunciamento do Conselho
1722 não ia contra uma decisão da justiça, tendo em vista que fora apreciada ação impetrada por uma
1723 entidade em relação a um ato do MS. Nesse sentido, disse que o Conselho estaria tomando uma
1724 decisão em relação à prerrogativa do Conselho de aprovar Portarias e valores. Lamentou o fato de a
1725 polêmica envolver uma matéria que dizia respeito ao processo de reforma psiquiátrica no Brasil.
1726 Concordou com a afirmação de que o Ministério não respeitava a prerrogativa do CNS e falou da
1727 importância de consenso em relação à forma de deliberação, tendo em vista que não havia
1728 possibilidade do Plenário aprovar cada Portaria. Declarou, ainda, que matérias que não contrariavam
1729 interesses de corporações não foram questionadas na justiça. Ressaltou que o Conselho deliberava a
1730 respeito de posições estratégicas e afirmou que o processo de reforma psiquiátrica era estratégico,
1731 considerando que estava fundamentado em Lei e fora aprovado no CNS. Mostrou preocupação com a
1732 possibilidade de um novo pedido de vistas, esclarecendo que desconhecia a possibilidade disso e
1733 perguntou a respeito dos argumentos que justificavam o pedido. Conselheiro **Artur Custódio M. de**
1734 **Sousa** declarou que era defensor da reforma psiquiátrica no país, tendo em vista a história da
1735 hanseníase de segregação, de privamento. Elogiou a iniciativa da FBH, independente dos motivos
1736 corporativos, considerando que deveria ser uma prática do Conselho. Esclareceu que o Pedido de
1737 vistas do Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** fora em relação ao Parecer da Comissão Intersetorial
1738 de Saúde Mental e afirmou que não era o Art. 26 que estava em questão, mas sim as Portarias SAS
1739 nºs 77/2002 e 251/2002. Disse que o pedido de vistas do Conselheiro procedia, caso não fosse relativo
1740 às duas Portarias em questão. Por fim, disse que a sua proposta de encaminhamento era para que as
1741 Portarias fossem votadas. Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** esclareceu que para elaborar o seu
1742 primeiro pedido de vistas, confrontara a lista de presença da Reunião da Comissão Intersetorial de
1743 Saúde Mental com os componentes da referida Comissão e observou que dos onze participantes da
1744 Reunião, apenas três faziam parte da Comissão. Nesse sentido, disse que analisara o Parecer de uma
1745 Comissão que não tinha quorum para se reunir, deliberar e apresentar sugestão. Falou que a segunda
1746 proposta apresentada pela Comissão tinha legalidade, tendo em vista que houvera reunião da
1747 Comissão com mais de vinte participantes por dois dias. Assim, declarou que tinha um documento
1748 legal para trabalhar e apresentar o relatório ao Colegiado. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer**
1749 destacou a seriedade da questão levantada pelo Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** e solicitou à
1750 Coordenação do Conselho informações sobre a convocação da reunião e os participantes da mesma.
1751 Esclareceu que a Comissão não necessitava de quorum, porém o processo de convocação tinha de
1752 ser garantido. Conselheira **Vera Lúcia Marques Vita** esclareceu que participaram da reunião
1753 representante do MS, do CONASS, do CONASEMS, Direitos Humanos do MJ e dois suplentes.
1754 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** informou que o Regimento Interno do CNS era omissivo
1755 em relação ao funcionamento das Comissões. Nesse sentido, ressaltou que várias Comissões
1756 alteraram sua composição sem submeter ao Plenário para deliberação. Conselheira **Eliane Aparecida**
1757 **Cruz** esclareceu, primeiramente, que não se sentia pressionada pelo MS e pelo CNS. Declarou que
1758 tinha o direito de votar as Portarias e não abria mão desse direito, independente da metodologia que
1759 fosse adotada e falou da importância das Portarias serem submetidas à apreciação do Conselho.
1760 Afirmou, ainda, que as Portarias a respeito da Reforma Psiquiátrica tinha relação com o CNS e não
1761 com o MS. Propôs que a Portaria fosse analisada e votada na 123ª Reunião. Ressaltou, por fim, a
1762 importância de pautar discussão sobre assuntos de extrema relevância e urgência como o Regimento
1763 Interno, a Resolução nº 33/92, dentre outras. Conselheira **Gysélle S. Tannous** cumprimentou a
1764 apresentação do Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** e chamou atenção para o "surto" super

1765 valorização das ações do CNS. Porém, declarou que o Plenário não podia desconsiderar decisões
1766 anteriores do Colegiado em relação à reforma psiquiátrica. Disse que o Regimento Interno do CNS era
1767 omissos em algumas questões, mas lembrou que conforme constava no mesmo, os casos omissos
1768 seriam resolvidos pelo Plenário e, ainda, que os pedidos de vistas teriam de ser apresentados e
1769 votados na reunião seguinte. Ressaltou a importância do Colegiado votar as Portarias a fim de avançar
1770 na discussão do processo da reforma psiquiátrica. Propôs, ainda, que o Colegiado avançasse na
1771 discussão das Portarias e que a discussão acerca do Art. 26, Art. 27, do Regimento Interno fosse
1772 pautada para próxima reunião do CNS. Justificou o seu pedido de ponto de pauta na 122^a,
1773 esclarecendo que a solicitação não fora feita para que a Senhora **Lenir Santos** explicasse o Art. 26,
1774 considerando que não havia dúvidas quanto à pertinência da ação do CNS. Nesse sentido, afirmou
1775 que solicitara a presença do Ministério da Saúde para prestar esclarecimentos ao Plenário acerca de
1776 Portaria que tratava, também, de questões da área financeira e que não fora submetida à apreciação
1777 do Conselho. Por fim, sugeriu a votação das Portarias pelo Colegiado. Conselheira **Zilda Arns**
1778 **Neumann** ressaltou que o Conselho não podia fugir do seu alvo de cuidar da população. Solicitou o
1779 voto a favor das Portarias tendo em vista a saúde dos doentes mentais. Justificou que o GT de
1780 Regimento Interno não apresentou seus trabalhos na 123^a Reunião Ordinária devido a apresentação
1781 dos candidatos à Presidência da República. Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo** elogiou o alto grau
1782 das discussões do Plenário e lembrou a missão do Colegiado de defesa dos direitos humanos e da
1783 vida. Disse que não tinha constrangimento em contrariar uma decisão judicial. Chamou a atenção para
1784 a importância de definir as Portarias que teriam de ter aprovação do Plenário e informou que não havia
1785 exigência de quorum para um GT. Falou, ainda, da impossibilidade de elaborar um Regimento Interno
1786 que previsse todas as hipóteses de situação possíveis e imagináveis, tendo em vista que isso
1787 significaria a infalibilidade do ser humano. Por fim, afirmou que, se para cada ato tivesse uma ação
1788 nova, o Colegiado passaria a cuidar somente de ações judiciais, deixando de lado as atribuições do
1789 CNS. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** disse que não cabia um segundo pedido de vistas do
1790 Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** e que o Conselheiro teria de apresentar um parecer
1791 concordando ou não com o Parecer da Comissão Intersetorial de Saúde Mental. Por fim, ressaltou a
1792 importância de as Portarias serem votadas na 123^a Reunião Ordinária. Conselheiro **Elias Rassi Neto**
1793 destacou a importância do Conselho definir regras de funcionamento do Plenário e das Comissões,
1794 porém destacou que tal fato não interferia no pedido de vistas do Conselheiro **Olympio Távora**
1795 **Corrêa**. Chamou atenção para decisões protelatórias que acabariam por interferir no andamento dos
1796 trabalhos do Conselho. Declarou que as Portarias em questão estariam em discussão no Plenário
1797 devido uma decisão preliminar de um juiz federal que compreendeu que a Portaria nº 77/02 teria de ser
1798 suspensa, tendo em vista que deveria ter sido submetida à apreciação do CNS. Nesse sentido, disse
1799 que o Conselho era chamado a tomar uma decisão em função de cobrança de um juiz e não de uma
1800 discussão mais ampla. Seguiu destacando que o Conselho poderia discordar da interpretação do juiz,
1801 tendo em vista que tinha condições de tomar decisões, proceder entendimento e pactuar com o
1802 conjunto de gestores. Perguntou se cabia ao Conselho apreciar todo o conjunto de Portarias ou
1803 somente as políticas mais gerais. Disse que o Colegiado devia aprovar as Portarias para destravar o
1804 processo de reforma psiquiátrica, considerando que as mesmas estariam de acordo com as políticas
1805 definidas anteriormente no Conselho. Comentou a questão de transição governamental e a
1806 possibilidade de reafirmação da Política de Reforma Psiquiátrica que optava por hospitais psiquiátricos
1807 menores, considerando que os mesmos atenderiam melhor os pacientes, e para isso fora estabelecida
1808 uma prática de preços. Informou que há poucos anos atrás 91% dos gastos na área de saúde mental
1809 no SUS, em particular no MS, eram para gastos hospitalares e atualmente havia 82%. Assim, disse
1810 que a situação teria de ser modificada, ainda que os gastos hospitalares foram mantidos e os leitos
1811 foram reduzidos. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** apresentou a seguinte proposta de
1812 encaminhamento: que as Portarias nºs 77/02 e 151/02 fossem votadas pelo Colegiado. Conselheiro
1813 **Augusto Alves do Amorim** declarou que não se sentia confortável para votar as Portarias em questão
1814 e pediu vistas. Disse que já deixara de tramitar várias questões julgadas pela Comissão por falta de
1815 quorum. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** esclareceu que o Plenário era soberano para
1816 decidir a respeito de qualquer matéria, independente de quorum da Comissão. Conselheira **Maria**
1817 **Leda de R. Dantas** informou que se não houvesse quorum *a priori*, não havia convocação de reunião
1818 e esclareceu que não era de seu conhecimento a não realização de reunião de Comissão por falta de
1819 quorum. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** apresentou a seguinte questão de ordem: o pedido
1820 de vistas era único. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** fez a leitura do Item 2 do Artigo 16
1821 do Regimento Interno do CNS que apresenta a seguinte redação: “*ao início da discussão poderá ser*
1822 *pedido vistas, devendo o assunto retornar, impreterivelmente, na Reunião Ordinária seguinte para*
1823 *apreciação e votação, mesmo que esse direito seja exercido por mais de um Conselheiro. O*
1824 *Conselheiro que pediu vistas será relator, no caso de mais de um Conselheiro pedir vistas haverão*
1825 *tantos relatores quanto os pedidos de vistas*”. Esclareceu que o Regimento Interno omitia se era

possível novo pedido de vistas na reunião subsequente em relação ao mesmo assunto e colocou que estava em questão a soberania do Plenário para decidir. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** reforçou o seu pedido de vistas, justificando que não havia nenhum jurista presente para apresentar encaminhamento a respeito da omissão do Regimento Interno. Solicitou a presença de jurista para esclarecer a questão. Conselheira **Zilda Arns Neumann** destacou que teria de ser considerada a determinação do Regimento Interno e os casos omissos seriam decididos pelo Plenário. Nesse sentido, propôs que fosse votada a solicitação de pedido de vistas e, em seguida, fossem votadas as Portarias. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** explicou que a determinação de que o assunto voltaria, impreterivelmente, na Reunião subsequente era a garantia de que não haveria manobras de postergação em matérias em Conselho. Disse que, com base em sua experiência no Conselho, declarou que sempre imperara a regra de que o pedido de vistas seria analisado e votado na reunião seguinte, porque, do contrário, corria-se o risco de ter o adiamento de matéria o ano inteiro caso doze Conselheiros pedissem vistas em meses diferentes. Afirmou que era uma questão de bom senso da capacidade do Conselho se pronunciar. Conselheiro Tito Oliani justificou que o pedido de vistas objetivava dar tempo ao Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** para estudar melhor o assunto. Declarou que era necessário votar o assunto com consciência a fim de preservar a imagem do Conselho e falou das consequências de fechar os hospitais psiquiátricos. Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** disse que se o Art. 15 do Regimento determinava que as Resoluções do Conselho teria de ter quorum mínimo, por analogia, as Comissões também teriam. Lembrou que afirmara na 122ª Reunião Ordinária do Conselho que a maioria do Colegiado não conhecia as Portarias nºs 77/2002 e 251/2002 a fim de esclarecer que não havia urgência em aprovar a Portaria nº 251/2002 tendo em vista que fora prorrogada para outubro de 2002, e não havia urgência. Assim, afirmou que a não aprovação da Portaria na 123ª Reunião Ordinária não prejudicaria os doentes mentais pois os levantamentos foram feitos, mas a Portaria não podia ser implementada em função da prorrogação. Falou que participava de uma Comissão que não realizara sua Reunião por falta de quorum e que a Reunião do Regimento Interno só acontecia após confirmação de quorum e, nesse sentido, perguntou por que a reunião da Comissão Intersetorial de Saúde Mental não necessitava de quorum. Solicitou que o seu pronunciamento constasse em Ata e assim se expressou: *“Eu examinei uma Recomendação com proposta de aprovação de Portaria que não tinha validade. Eu examinei um documento inválido e perdi tempo. Agora, eu tenho um documento certo e correto para analisar e eu peço tempo para isso. Examinando o Artigo 23, a primeira proposição versa sobre a necessidade de Ata da Reunião com assinatura da Coordenadora da Comissão. Não há Ata, então, a Reunião não foi convocada. Aqui está presente o Doutor Milton Marques que faz parte da Comissão e não foi convocado para Reunião. Selecionaram aleatoriamente algumas pessoas e realizaram uma Reunião para escrever um pedaço de papel. Isso não é reunião da Comissão Intersetorial de Saúde Mental, pois só tinha 3 componentes da Comissão, e não tem validade. Participaram 10 pessoas na Reunião, mas somente 3 podiam votar. As Portarias podem ser votadas, mas com meu voto contrário e eu tenho um pedido de vistas e vou entregar para o Senhor Coordenador. Ficará documentado que eu solicitei vistas e não me foi concedido, em que pese toda minha argumentação. Em seguida, estudarei o que eu posso fazer”.* Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** esclareceu que o pedido de vistas do Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** não ia ser desrespeitado se fosse aprovada a seguinte proposta de encaminhamento, a fim de que a vontade do Plenário prevalecesse: que o Plenário votasse as Portaria nº 77/02 se assim desejasse, independente da Comissão a qual estava subsidiada. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** colocou em votação o encaminhamento apresentado pelo Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer**, solicitando que se pronunciassem aqueles que desejassem votar a Portaria. **Aprovada a proposta de encaminhamento com votos contrários dos Conselheiros: Conselheiro Olympio Távora, Augusto Alves do Amorim, Tito Oliani.** Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** solicitou declaração de voto afirmando que não estava de acordo com o encaminhamento do Plenário. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** encaminhou a votação das Portarias da seguinte maneira: O Pleno do Conselho Nacional de Saúde, no uso de suas atribuições na 123ª Reunião Ordinária recomenda: **1) que os valores da remuneração propostos na Portaria nº 77/02 incorporem o critério de avaliação da qualidade do atendimento através do PNAST; 2) que a Portaria nº 77/02 operacionaliza a Portaria nº 251/02.** Nesse sentido, referenda a Portaria nº 77/02, mantendo-a sob responsabilidade da SAS/MS. Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** apresentou a seguinte questão de ordem: discordou da proposta de encaminhamento do Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** e lembrou que o MS tinha um levantamento de custos de Hospitais Psiquiátricos e que era necessário cotejar as Portarias com o levantamento. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** apresentou proposta de adendo ao encaminhamento apresentado pelo Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer**: A Portaria nº 251/2002 seria aprovada cabalmente, tendo em vista que estava na Lei direta de implementação da Reforma Psiquiátrica e tudo que fora aprovado em saúde mental. A Portaria nº 77/2002, que tratava de valores, seria aprovada preliminarmente até que o Conselho, junto com o MS, deliberasse sobre a aplicação do

1887 Art. 26. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** discordou da proposta de encaminhamento
1888 alegando não saber se atendia à questão jurídica e destacou que se tratava de aprovar ou não as
1889 Portarias. Afirmou que estava convencido de que a representação dos usuários que teria preparar
1890 Ações Judiciais para todas as Portarias que mudaram de procedimento e não foram submetidas à
1891 apreciação do Conselho. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** esclareceu que ao aprovar
1892 Iaconicamente a Portaria nº 77/2002, o Plenário aprovaria uma metodologia de análise de Portaria por
1893 Portaria. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** recuperou o processo de como a discussão das
1894 Portarias chegou ao Conselho e lembrou que o Conselho deliberou pela votação das Portarias e,
1895 assim, deveria ser feito. Esclareceu que a questão do Art. 26 não tinha relação com o processo de
1896 votação das Portarias e deveria ser discutido em outro momento. Após exaustiva discussão,
1897 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** colocou as Portarias SAS/MS nºs 251/2002 e 77/2002
1898 em votação. **Aprovadas as Portarias SAS/MS nºs 251/2002 e 77/2002, com votos contrários dos**
1899 **seguientes Conselheiros: Olympio Távora Corrêa, Augusto Alves do Amorim, Tito Oliani.** Por fim,
1900 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** solicitou que as declarações de votos fossem entregues
1901 por escrito. **ITEM 14 – DELIBERAÇÕES PENDENTES E ENCERRAMENTO** – Conselheira **Ana Maria**
1902 **Lima Barbosa** apresentou Relatório da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos, para
1903 deliberação do CNS, destacando as seguintes propostas: **a)** que a Coordenação Geral do CNS defina
1904 local e data do evento; **b)** que o evento seja realizado na primeira quinzena de dezembro de 2002, em
1905 Brasília; **c)** que as reuniões da Coordenação da Plenária tenham o seguinte calendário: dias 8 e 9 de
1906 outubro de 2002, dias 5 e 6 de novembro de 2002, dois dias antes do início do evento a ser realizado
1907 em dezembro de 2002; **d)** que a Comissão de Infra-estrutura apresente o custo estimado para
1908 realização do evento, no prazo de até 15 dias. **Aprovado o Relatório, bem como as propostas nele**
1909 **contidas. DELIBERAÇÕES PENDENTES E ENCERRAMENTO** – Conselheira **Ana Maria Lima**
1910 **Barbosa** apresentou as propostas do Relatório da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos, para
1911 deliberação do CNS, destacando as seguintes propostas: **a)** que a Coordenação Geral do CNS defina
1912 local e data do evento; **b)** que o evento seja realizado na primeira quinzena de dezembro de
1913 2002, em Brasília; **c)** que as reuniões da Coordenação da Plenária tenham o seguinte calendário: dias
1914 8 e 9 de outubro de 2002, dias 5 e 6 de novembro de 2002, dois dias antes do início do evento a ser
1915 realizado em dezembro de 2002; **d)** que a Comissão de Infra-estrutura apresente o custo estimado
1916 para realização do evento, no prazo de até 15 dias. **Aprovado o Relatório da Coordenação da**
1917 **Plenária Nacional, bem como as propostas nele contidas.** Por fim, Conselheira **Ana Maria Lima**
1918 **Barbosa** solicitou ponto de pauta para Coordenação da Plenária Nacional na 124ª Reunião Ordinária
1919 do CNS. **ITENS EXTRA PAUTA:** Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** apresentou a seguinte proposta
1920 de encaminhamento: que a data da Centésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária do CNS, a ser
1921 realizada no mês de outubro de 2002 fosse transferida para a semana posterior ao primeiro turno das
1922 eleições, sendo realizada nos dias 9 e 10 de outubro de 2002. **Proposta aprovada por consenso do**
1923 **Colegiado.** Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** sugeriu que os temas propostos no
1924 momento de sugestão de pauta levassem em consideração as questões colocadas e a Secretaria
1925 Executiva acataria como prioritária para as próximas Reuniões. Definidos esses assuntos, deu-se por
1926 encerrada a Centésima Vigésima Terceira Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os
1927 seguintes Conselheiros: Aos quatro de setembro de 2002: **Ana Maria Lima Barbosa, Artur Custódio**
1928 **M. de Sousa, Augusto Alves Amorim, Carlyle Guerra de Macedo, Carlos Alberto E. Duarte,**
1929 **Diógenes S. Martins, Eliane Aparecida Cruz, Elias Rassi Neto, Gianni Franco Samaja, Gilson**
1930 **Cantarino O'Dwyer, Graciara Matos de Azevedo, José Carvalho de Noronha, Luiz Gonzaga de**
1931 **Araújo, Maria Eugênia C. Cury, Maria Leda de R. Dantas, Olympio Távora Corrêa, Paulo Romano,**
1932 **Sérgio Luiz Magarão, Tito Oliani, Willian Saad Hossne e Zilda Arns Neumann.** Aos cinco de
1933 setembro de 2002: **Ana Maria Lima Barbosa, Artur Custódio M. de Sousa, Augusto Alves Amorim,**
1934 **Carlos Alberto E. Duarte, Diógenes S. Martins, Eliane Aparecida Cruz, Elias Rassi Neto, Gilson**
1935 **Cantarino O'Dwyer, Graciara Matos de Azevedo, Luiz Gonzaga de Araújo, Maria Eugênia C.**
1936 **Cury, Maria Leda de R. Dantas, Olympio Távora Corrêa, Sérgio Luiz Magarão, Tito Oliani, Vera**
1937 **Lúcia Marques de Vita, Willian Saad Hossne e Zilda Arns Neumann.**