



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

7
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 ATA DA CENTÉSIMA TRIGÉSIMA NONA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

ITEM 01 – ABERTURA – Aos quatro, cinco e seis dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e quatro, no Auditório do Hotel *San Marco*, situado no Setor Hoteleiro Sul, Quadra 05, Bloco “C”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Trigésima Nona Reunião Ordinária do CNS. O Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge José Santos Pereira Solla**, procedeu à abertura dos trabalhos da 139ª Reunião, manifestando-se nos seguintes termos: *“Bom dia a todos. Inicialmente, eu gostaria de comunicar a impossibilidade do comparecimento do Ministro da Saúde, Humberto Sergio da Costa Lima, na Reunião. O Ministro solicitou que o representasse e informasse ao Conselho que recebeu o convite do Presidente Luís Inácio Lula da Silva para visitar alguns Municípios atingidos pelas enchentes. O Ministério da Saúde constituiu, de forma emergencial, uma comissão para apoiar os Municípios atingidos pelas enchentes, está participando de articulação intergovernamental para definir ações, e foram tomadas uma série de medidas de articulação com as Prefeituras dos Municípios mais atingidos. Além disso, foram despachadas 2,5 toneladas de medicamentos para esses Municípios. E hoje, o Presidente e alguns Ministros estão viajando para alguns desses Municípios para manifestar apoio e anunciar as medidas in loco. O Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner de Sousa Campos, também solicitou que comunicasse ao Plenário a impossibilidade de sua participação na reunião, em virtude de reunião com o Departamento de Informática do SUS, que está passando por mudanças na sua estrutura e direção. O Ministro solicitou que eu apresentasse informes para que o Conselho Nacional da Saúde acompanhe o desenvolvimento de Projetos estratégicos do Ministério da Saúde e tome conhecimento de fatos importantes para a construção da Política de Saúde do SUS. Primeiro, eu gostaria de informar ao Conselho sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), projeto de urgências e emergências, implantação dos serviços de atendimento móvel de urgência e centrais de regulação. O SAMU está em curso e já tivemos adesão de diversos Municípios que possuíam serviços estruturados, entre eles, Porto Alegre, Recife, Aracaju e São Paulo. No mês de fevereiro, nós teremos a adesão de cidades importantes como Belo Horizonte, Campinas, Natal, Vitória da Conquista, entre outras – são sete Municípios com serviços implantados que irão aderir ao SAMU. Já recebemos e estamos analisando os Projetos de todos os Estados e, provavelmente, a partir do mês de março de 2004, nós iniciaremos a etapa de implantação de novos serviços e a distribuição dos veículos adquiridos com licitação nacional e equipamentos. Também, já está em curso a implantação da primeira etapa do Projeto Qualisus que pretende articular, de forma matricial, uma série de iniciativas do SUS, visando a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Algumas dessas iniciativas já estão em negociação com Estados e Municípios. Eu destaco o processo, iniciado em 2003, no Estado do Rio de Janeiro, envolvendo o Estado, a Prefeitura, as Secretarias Municipais de Saúde da Capital, e a Secretaria Municipal de Saúde da Região Metropolitana. Nesse processo, já ocorreram várias reuniões com os atores envolvidos. Está em fase final a construção de ações, algumas delas com resultados importantes, como a expansão do Programa Saúde da Família, no Estado do Rio de Janeiro. Na semana passada, inclusive, foi iniciada a expansão do Programa na região oeste, com inauguração das Unidades no Complexo do Alemão. O Projeto envolve a implantação, em 2004, de 220 novas equipes de Saúde da Família, na cidade. A implantação do SAMU também está em negociação e estará em fase de aprovação no próximo mês. Além disso, há um Projeto que está na fase final de diagnóstico, para o qual o Ministério da Saúde vai aportar importante volume de recursos – investir nas principais emergências do Estado. O Projeto terá impacto com ações importantes no Hospital Miguel Couto, Hospital do Bonsucesso, Hospital dos Servidores, e mais três importantes emergências da cidade. Também está sendo iniciado o debate com outras capitais como Curitiba, Porto Alegre, Aracaju, para implantação de projetos semelhantes, que visam a melhoria da qualidade, envolvendo desde a Atenção Básica até a área hospitalar, qualificando a gestão e o processo de regulação. O Ministério encaminhou ao Conselho as últimas ações implementadas na área de saúde mental que foram remetidas à discussão da Comissão de Saúde Mental do Conselho. No ano de 2003, os Senhores acompanharam uma série de medidas com vistas à implementação da reforma psiquiátrica e expansão das ações na área de saúde mental. Nós fechamos o ano de 2003 comemorando o credenciamento do*

56 CAPS número 500. Hoje, temos 512 CAPS. Além disso, tivemos no ano passado a iniciativa importante
57 de implantação do Projeto de Volta para Casa, com a bolsa-auxílio de ressocialização para pacientes
58 que ficaram internados por muito tempo em hospitais psiquiátricos. Também tivemos a ampliação das
59 residências terapêuticas e, em janeiro de 2004, foi publicada Portaria do Ministério da Saúde, resultado
60 de um debate de vários meses com Secretarias Estaduais e Municipais e representação dos hospitais,
61 que contou com a participação dos Conselheiros **José Luiz Spigolon** e **Olympio Távora Correa**. Eu
62 acredito que foi uma medida importante e acredito que o Conselho irá discuti-la em breve. É um
63 processo que envolve uma Política que visa reduzir o número de leitos de Hospitais Psiquiátricos e
64 melhorar a remuneração daqueles que empreenderem esta Política. A Portaria estabelece reajuste dos
65 valores das diárias, com prioridade para os hospitais de menor porte e aqueles que tiveram resultados
66 positivos na avaliação do PNASH, ou seja, aqueles que apresentaram melhoria na qualidade da
67 assistência e dos parâmetros na área da saúde mental. Nós não iremos detalhar a questão agora, pois
68 o Conselho terá a oportunidade de analisar a Portaria e pautar a sua discussão. No entanto, gostaria de
69 ressaltar que se trata de uma medida importante, que não é isolada, pois faz parte de um conjunto de
70 ações que no seu bojo permitem avançar no processo de reestruturação da Atenção à Saúde Mental.
71 Antes de entrar na questão da Saúde Bucal, eu gostaria de aproveitar a oportunidade e fazer, por
72 solicitação do Ministro, um breve relato sobre os fatos relacionados à questão de transplante de medula
73 óssea que esteve na pauta dos jornais na última semana. Primeiro, não é necessário dizer que nem
74 tudo que sai na imprensa é verdade. Acredito que todos saibam que, muitas vezes, as informações que
75 são divulgadas pela mídia não correspondem à verdade. E esse é um bom exemplo. No início do ano
76 foi feita uma série de reportagens acusando o Ministério da Saúde de ter “furado a fila” do transplante
77 de medula óssea. Eu começaria afirmando que não houve processo de descumprimento da lista de
78 espera para transplante de medula óssea, nem de nenhuma outra área de transplante. Nessa linha, eu
79 gostaria de registrar os três casos que saíram na imprensa. O primeiro é o caso do Hospital Português,
80 do Estado de Pernambuco. Não sei se todos têm conhecimento de que existe uma Lei de Transplante
81 no Brasil e que o país avançou bastante em relação à Legislação de Transplante, o que permitiu a
82 construção de mecanismos de regulação. Talvez o Brasil seja o país do mundo que mais avançou, na
83 última década, no que diz respeito à garantia do direito da população na área de transplante. A Lei,
84 além de vários aspectos importantes, no seu artigo 2º, determina que todos os serviços de saúde
85 públicos ou privados no Brasil, independente de prestarem ou não serviços ao SUS, necessitam de
86 autorização específica do órgão máximo de gestão do Sistema de Saúde para realizar transplantes.
87 Assim, qualquer hospital no Brasil, para retirar órgãos ou realizar transplantes, precisa ter autorização
88 específica do Ministério da Saúde, inclusive da equipe. Os profissionais médicos, enfermeiros da
89 equipe de profissionais e o serviço precisam ter autorização específica para cada tipo de transplante.
90 Se os senhores acompanharem, no site do Ministério da Saúde, há Portarias que credenciam
91 profissionais e novos serviços e também descredenciam. O credenciamento é provisório e renovável a
92 cada período e há uma série de regulamentações que definem parâmetros para o mesmo. O Hospital
93 Português, cumprindo a Legislação vigente, solicitou primeiro à ANVISA autorização para importar
94 cordão umbilical, que serviria de substrato para transplante de medula óssea de paciente. A ANVISA
95 autorizou a importação que foi feita com as despesas pagas pela prestadora de serviço Sulamérica e o
96 Hospital solicitou ao Ministério da Saúde autorização para realizar o seu primeiro transplante de medula
97 óssea de não parentados – o Hospital já fazia transplante de parentados. Existe uma Portaria que
98 determina que a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) deve fazer a vistoria do Hospital, por meio do
99 SNT. Encaminha-se uma equipe técnica, podendo solicitar apoio técnico do INCA e de especialista.
100 Assim, foi encaminhada equipe, com a participação do Coordenador do SNT, Doutor **Diogo**, e do então
101 Coordenador do Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO – Instituto Nacional do Câncer),
102 **Daniel Tabak**, para realizar vistoria no Hospital. A vistoria foi programada e feita rapidamente porque
103 estava em jogo a vida de um ser humano. Se o transplante não fosse viabilizado rapidamente o
104 paciente iria a óbito. Não havia nenhuma justificativa para o Ministério da Saúde retardar o processo de
105 vistoria, inclusive, porque o hospital cumpriu toda a Legislação vigente. A vistoria foi feita e nós temos
106 dois pareceres, um do Coordenador do SNT, Doutor **Diogo**, e do então Coordenador do CEMO, **Daniel**
107 **Tabak**, que concordavam que o Hospital tinha capacidade técnica e que a equipe médica tinha
108 condições e experiência para realizar o transplante. Os dois pareceres apresentaram uma única
109 discordância: o Coordenador do SNT considerava que a Legislação vigente não permitia a autorização
110 para a realização de um transplante – e realmente a Consultoria Jurídica do Ministério foi consultada e
111 confirmou que a Legislação vigente não permite a autorização para realizar um transplante, mas sim a
112 autorização para que um hospital realize transplante de determinado tipo; e o então Coordenação do
113 CEMO, **Daniel Tabak**, concordava com as condições técnicas, mas julgava desnecessário que o
114 Ministério da Saúde autorizasse um Hospital privado a realizar transplante que não seria pago pelo
115 SUS. Assim, seria necessária, apenas, a autorização pontual daquele transplante. O parecer do

116 Coordenador do SNT, **Diogo**, com a concordância da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, dizia:
117 1º - a Lei de transplantes é clara – nenhum hospital privado no Brasil pode fazer transplante sem
118 autorização do Ministério da Saúde, então, a autorização era necessária; e 2º - a autorização não era
119 para fazer transplante de um paciente, mas sim, avaliação de que o Hospital tinha condições técnicas
120 para fazer aquele tipo de transplante. Assim, em função da avaliação do SNT e da Consultoria Jurídica
121 do Ministério da Saúde, o Hospital Português foi autorizado a realizar transplante de medula óssea de
122 não parentados. Porém, gostaria de deixar claro que o Hospital não está credenciado pelo SUS,
123 autorização é uma questão e credenciamento é outra. Gostaria de registrar também um detalhe
124 importante: o ex-Cordenador do CEMO, **Daniel Tabak**, declarou que o processo foi agilizado porque o
125 Ministro da Saúde era amigo do avô do paciente. Ressalto que o Ministro não conhece nenhum familiar
126 do paciente. O processo se deu da seguinte forma: o Hospital Português solicitou à Secretaria Estadual
127 de Pernambuco a autorização; a Secretaria Estadual de Pernambuco fez a primeira vistoria e
128 encaminhou a solicitação ao Ministério da Saúde que cumpriu a sua parte. O processo está
129 documentado e disponível para a consulta dos Conselheiros. Ainda bem que o processo foi feito assim,
130 pois a criança está viva. É importante salientar que a imprensa não divulgou que a vida da criança foi
131 salva, que o SUS não gastou nada, pois todo o processo foi pago pela Sulamérica, e que toda a
132 legislação foi cumprida. Mais uma ressalva importante: não houve “furo da fila” de transplante, pois o
133 transplante foi pago pela Sulamérica. Além disso, gostaria de destacar que o ex-Cordenar do CEMO
134 reconhece, em seu parecer, que no Brasil existem hospitais que, apesar de irregularmente, realizam
135 transplantes sem autorização do Ministério da Saúde. Eu acredito que somente foi utilizada a palavra
136 errada, pois não é irregularmente, mas sim, ilegalmente. O hospital que realiza transplante sem a
137 autorização do Ministério da Saúde, independente de quem financia o transplante, está incorrendo em
138 processo ilegal de descumprimento da Lei. O segundo caso é o da paciente **Paula Tamer** – cito o nome
139 da paciente porque foi amplamente divulgado na imprensa e, por isso, não estou ferindo nenhum
140 parâmetro ético. A paciente foi inscrita na lista de pacientes que necessitavam de transplante de
141 medula óssea no dia 10 de novembro de 2003, por solicitação do médico que a acompanhava, **Eduardo**
142 **Rego**, de Ribeirão Preto. O Deputado **Dimas Ramalho** (PPS-SP), não quero entrar no mérito, mas
143 acredito que, com o intuído de auxiliar no processo, encaminhou solicitação para que o Ministério da
144 Saúde pagasse o transplante da paciente **Paula Tamer** na Alemanha. O pedido foi feito porque uma
145 médica, ligada aos serviços pelo qual a paciente estava sendo acompanhada, estava fazendo período
146 de trabalho em Centro de Transplante na Alemanha e levantou-se a possibilidade de fazer um tipo de
147 transplante novo e experimental chamado Haploidêntico (parcialmente compatível). No Brasil, este tipo
148 de transplante não era regulamentado, pois se tratava de um procedimento experimental. O Ministério
149 da Saúde emitiu parecer, esclarecendo que o SUS não poderia pagar o transplante na Alemanha,
150 porque no Brasil havia condições técnicas e serviços credenciados para realizar o transplante de
151 medula da paciente e porque o SUS pagava a busca internacional e a captação da medula para realizar
152 o transplante no país. Aproveito para comunicar que a busca e o envio da medula para o Brasil custa,
153 em média, 40 mil dólares por paciente, sem contar os gastos com processo de diagnóstico, avaliação,
154 transplante, medicamentos e acompanhamento. Em um processo de transplante de não parentado, o
155 paciente fica em torno de três meses internado. A solicitação do Deputado **Dimas Ramalho** foi
156 encaminhada ao Vice-Presidente, **José de Alencar**, que no momento era o Presidente em Exercício, em
157 virtude da ausência do Presidente **Lula**. O único documento que chegou ao Ministério da Saúde foi um
158 documento do Gabinete do Deputado **Dimas Ramalho** comunicando o envio da solicitação ao Vice-
159 Presidente, Presidente em Exercício, e a solicitação em anexo. Em nenhum momento, o Presidente em
160 Exercício, **José de Alencar**, apresentou solicitação ao Ministério da Saúde para realizar transplante.
161 Nós temos isso tudo documentado e está à disposição para a consulta. Reafirmo que a resposta ao
162 Deputado foi de que o SUS não poderia pagar o transplante na Alemanha. É bom ressaltar, ainda, que,
163 em nenhum momento, o Deputado solicitou que a fila de transplante fosse descumprida. O pedido era
164 de autorização para realizar transplante no exterior, que foi negado. Nesse período, foi feita uma Ação
165 Judicial e a Justiça acionou o Ministério da Saúde questionando sobre o pagamento de transplante no
166 exterior. Também não houve nenhuma Ação Judicial para “furar filar”. A Ação Judicial também era para
167 que fosse feito transplante da paciente no exterior. O Ministério da Saúde apresentou a sua defesa e
168 ontem nós recebemos o julgamento da Liminar. A Justiça indeferiu a Liminar para que a paciente
169 fizesse transplante no exterior, concordando com o parecer técnico do Ministério da Saúde de que
170 havia condições técnicas de realizar o transplante no Brasil. No dia 19, essa paciente já estava inscrita
171 no processo de busca, nos trâmites normais. Gostaria de comentar sobre o processo de busca. Nós
172 possuímos um Banco de Doadores Brasileiros, que é o REDOME, e existem Bancos Internacionais, os
173 dois maiores são chamados CRIR e MMDP, que reúnem milhares de possíveis doadores em vários
174 países do mundo. Na verdade, são bancos informatizados que articulam bancos nacionais em rede. A
175 primeira etapa da busca é a pesquisa nesses bancos de dados, que não custa nada, pois é feita pela

176 *internet. Ao encontrar um provável doador - e aí temos os parâmetros de compatibilidade - nós temos a*
177 *segunda fase da busca que tem custo, porque implica em realizar exames com o material do doador*
178 *para confirmar a compatibilidade. Ao confirmar a compatibilidade, tem a terceira fase que consiste na*
179 *captação do material do doador e envio para o local onde será feito o transplante. Então, obviamente,*
180 *em uma fila, consegue-se encontrar um provável doador para alguns pacientes mais rápido do que para*
181 *outros, inclusive, porque a combinação genética determina bastante isso. Como nos bancos*
182 *internacionais a composição é predominantemente de população da América do Norte e da Europa,*
183 *uma pessoa de ascendência europeia terá 80% de probabilidade de encontrar um doador nesses*
184 *bancos de dados. Já a média nacional não chega a 20%. E mais, a chance de encontrar um doador*
185 *compatível na base nacional – REDOME – é trinta vezes maior do que achar em uma base*
186 *internacional, em virtude da nossa combinação multiracial. Há estudos interessantes que mostram que*
187 *nos Estados Unidos a população branca tem probabilidade maior de encontrar um doador do que a*
188 *população hispânica, que é muito maior do que a população afro-americana, que é muito maior que a*
189 *asiática. Maior a combinação, menor as chances. Uma pessoa que entrar na fila não será atendida,*
190 *necessariamente, depois das anteriores, porque não depende apenas de uma ordem cronológica.*
191 *Depende da probabilidade de encontrar um provável doador na pesquisa. Então, foi feita busca de*
192 *prováveis doadores no trâmite normal para a paciente em questão e foram encontrados três prováveis*
193 *doadores nos bancos internacionais dos quais dois foram excluídos. O transplante da paciente não foi*
194 *realizado ainda porque apenas um único provável tem chance de compatibilidade e o serviço do Estado*
195 *do Paraná está discutindo se é possível realizar o transplante com esse provável doador, porque*
196 *existem riscos - quanto menos compatível maior o risco - ou se irá buscar outras alternativas. Então,*
197 *ressalto que no caso da paciente **Paulo Tamer** não houve “furo de fila”, nem mesmo pedido de*
198 *Deputado ou ordem judicial para isso. O terceiro caso refere-se à denúncia de que o Deputado **Augusto***
199 ***Vezont** teria solicitado “furo da fila” de transplante. Da mesma forma, não houve nada. De forma*
200 *sucinta, a denúncia não condiz com a realidade, considerando que foi realizado o trâmite normal, de*
201 *acordo com a Legislação. O último caso foi o de uma criança que faleceu recentemente no Rio Grande*
202 *do Sul. A criança foi inscrita na lista para captação de doadores no dia 19 de novembro de 2003 e no*
203 *mesmo dia foi iniciada a busca. Foi encontrado possível doador no Brasil e o resultado confirmando a*
204 *compatibilidade chegou ao INCa no dia 29 de janeiro de 2004, dois dias depois de a criança ter*
205 *falecido. O período entre a inscrição na lista e o último exame foi de menos de dois meses. Gostaria de*
206 *comunicar também que o ex-coordenador do CEMO, **Daniel Tabak**, era diretor do Centro desde a*
207 *gestão anterior. Quando houve o processo no INCa, em 2003, o Ministro determinou o afastamento de*
208 *toda a diretoria, conforme os Senhores acompanharam. Quando o Senhor **Temporão** assumiu a direção*
209 *geral do INCa foi feita a reestruturação da diretoria. interrupção, para qualquer cargo público, antes da*
210 *nomeação ser aprovada, é feita uma pesquisa da vida pregressa da pessoa, por meio da Casa Civil,*
211 *para verificar se há incompatibilidade legal. A pesquisa não foi feita antes porque ele já havia sido*
212 *nomeado no Governo anterior e mantido no cargo. A pesquisa só é feita quando há pedido de*
213 *nomeação. Quando foi pedida a sua nomeação, porque tinha sido exonerado do cargo, em setembro*
214 *de 2003, a Casa Civil identificou que o ex-diretor não poderia ser nomeado, em virtude da*
215 *incompatibilidade ética e legal de ser sócio-gerente de três serviços de transplante de medula óssea.*
216 *Assim, o ex-diretor do CEMO foi comunicado formalmente pela Casa Civil, no mês de novembro de*
217 *2003 que, para ser nomeado, teria de se afastar do cargo de sócio-gerente dos serviços privados.*
218 *Havia uma nítida incompatibilidade ética e legal. Para a nossa surpresa, ele não se afastou e resolveu*
219 *atacar o Ministério da Saúde publicamente na imprensa, com denúncias infundadas, aproveitando-se*
220 *do espaço que possui na mídia do Rio de Janeiro. Gostaria de deixar claro essas informações e nos*
221 *colocamos à disposição do Conselho para maiores detalhes. Desde fevereiro de 2003, o Ministério da*
222 *Saúde vinha solicitando ao ex-diretor do CEMO a lista de pacientes que necessitavam de transplantes*
223 *de medula óssea e a lista de doadores. A lista de transplante de medula óssea era a única lista de*
224 *transplante que o Ministério da Saúde não tinha conhecimento. Nem o Ministro da Saúde, até 26 de*
225 *janeiro de 2004, tinha acesso à lista. Somente o Doutor **Taback** e oito funcionários hierarquicamente*
226 *ligados a ele tinham acesso à lista. O DATASUS fez uma avaliação da base de dados, mas só quem*
227 *tinha a senha era ele e os oito funcionários. Somente no dia 26 de janeiro de 2004, quando a direção*
228 *do INCa assumiu diretamente a coordenação dessa área, o Ministério da Saúde recebeu a lista dos*
229 *pacientes que precisam de transplantes e a base de dados do REDOME. Em reunião realizada em*
230 *dezembro de 2003, o Ministério da Saúde disse que tomaria medidas para assumir o controle da lista e*
231 *do REDOME e, a partir daí ocorreu os fatos que os Senhores acompanharam. A lista está de posse do*
232 *Ministério da Saúde, desde 26 de janeiro de 2004. Foi divulgada na imprensa a notícia de que há 2.285*
233 *pacientes que precisam de transplante de medula óssea. Isso não condiz com a realidade. Nós*
234 *recebemos a lista no dia 26 à noite e, em apenas um dia de trabalho de avaliação, nós podemos*
235 *comprovar que há em torno de 600 pacientes que precisam de transplante de medula óssea. A Lista*

apresentava pacientes que precisam de transplantes de 1993 (ano em que foi iniciada pela USP) a dezembro de 2003. Assim, possuía pacientes que já realizaram transplantes, que já encontraram doadores, que infelizmente já faleceram e que mudaram a conduta terapêutica. Em apenas um dia de trabalho nós atualizamos a lista e chegamos ao número de 880 pacientes. Desse número, nós verificamos que a informação não só era falsa como o gerenciamento não tinha competência, não era transparente nem democrático e, além disso, completamente desatualizado. No dia 28, o Ministério da Saúde expediu correspondência para todos os serviços que fazem inscrição de pacientes na lista, com a sua relação, solicitando que até essa semana eles atualizem as informações para que, até o final dessa semana, nós tenhamos, pela primeira, a quantidade de pacientes que precisam efetivamente de transplante de medula óssea. A nossa estimativa é de que se chegue a algo em torno de 600 pacientes. Já iniciamos processo com o DATASUS para criar um sistema informatizado, previsto para o mês de abril ou maio de 2004 - vamos tentar trabalhar com a data de abril. Estaremos disponibilizando na Internet, através de um sistema informatizado, para que quaisquer serviços de saúde, o médico que acompanhar o paciente e o próprio paciente, possam ver a situação da busca. Essas são medidas importantes que estamos tomando e reitero que estamos à disposição para esclarecer maiores detalhes. Além disso, os documentos também estão disponíveis para consulta. Por último, gostaria de falar sobre saúde bucal. Em janeiro de 2004, foram publicadas Portarias do Ministério da Saúde com mudanças importantes na área de saúde bucal. Uma delas reajusta os valores repassados para as equipes de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e incorpora os procedimentos de prótese na Atenção Básica em Saúde Bucal. Além disso, há uma série de ações que estão sendo programadas. Foi instituída Comissão de Assessoramento da Coordenação Nacional de Saúde Bucal, que saiu na Portaria nº 36, de 14 de janeiro de 2004, envolvendo diversas representações de instituições com experiência na área. Além disso, está em discussão mudanças importantes na Política de Atenção à Saúde que gostaríamos de debater com os Senhores". Conselheiro **Crescencio Antunes da Silveira Neto** acrescentou à apresentação do Secretário de Atenção à Saúde a questão do alto custo dos exames para verificar a compatibilidade entre receptor e doador, que eram realizados por laboratórios ligados a especialista em imunologia. Explicou que o laboratório de imunogenética responsável por realizar os exames de compatibilidade estava ligado ao INCA e, embora funcionasse nas dependências do Hospital dos Servidores, também atendia às necessidades do funcionamento das empresas privadas do ex-Diretor do CEMO, **Daniel Tabak**. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** falou sobre a polêmica divulgada por parte da imprensa do Estado do Rio Grande do Sul concernente à contratação de médicos cubanos para atuar no Brasil, de forma a suprir a ausência de médicos em algumas regiões do país. A propósito, chamou atenção para a notícia de que seria constituída Comissão do Ministério da Saúde para avaliar a questão da revalidação do diploma e capacitação de tais profissionais. Nesse sentido, pediu esclarecimentos ao Secretário de Atenção à Saúde sobre a questão. Sinalizou, ainda, o problema da não indicação e da ausência de representantes do Governo nas reuniões do CNS, a exemplo do Ministério da Educação, Ministério da Previdência, Ministério do Trabalho e Emprego, e Ministério da Saúde. A propósito, solicitou participação de representante do Ministério da Saúde em todas as reuniões do CNS. Teceu comentários, ainda, sobre a iniciativa de Conselheiros representantes do segmento dos usuários de negociar convênio com Hotel, visando diminuir o custo das diárias, pois o valor das diárias pagas pelo Ministério da Saúde, que muitas vezes era repassado com atraso, não era suficiente para cobrir as despesas dos Conselheiros em Brasília. A propósito, solicitou que o Ministério da Saúde discutisse a possibilidade de reajuste das diárias e que o repasse fosse feito sem atraso. A Representante do Ministério da Educação **Gilka Starling Diniz**, explicou que o Ministério da Educação estava discutindo nome para sua representação no CNS. A propósito da contratação de médicos estrangeiros, explicou que foi instituída Comissão, composta por representantes de vários Ministérios, da Casa Civil, e de avaliadores, que se encontrava em Cuba, com a finalidade de apontar propostas para solucionar a questão dos médicos estrangeiros no Brasil. Lembrou, ainda, que o Governo Federal teria de resolver a questão dos estudantes enviados a Cuba para se formarem como médicos de saúde da família. Conselheira **Zilda Arns Neumann** perguntou se o Ministério da Saúde comunicou à imprensa os fatos que realmente ocorreram em relação às denúncias veiculadas. Além disso, lembrou a situação de Alto Solimões que, frente à escassez de médicos brasileiros na região, contava com os serviços de médicos peruanos. Citou também a iniciativa de oftalmologista voluntários que realizaram consultas, distribuíram óculos e realizaram microcirurgias no interior da Amazônia. Nessa linha, disse ser necessária resolução formal do Conselho sobre a atuação de médicos estrangeiros no país. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** informou, a princípio, que era a sua última participação como Conselheiro na reunião do CNS, considerando que seria indicado outro representante das Entidades Médicas, em consonância com o rodízio de Entidades feito anualmente. Falou que no debate sobre a necessidade de profissionais de saúde em locais distantes deve-se considerar a legislação nacional e internacional sobre validação de diplomas. Lembrou, ainda, que o

296 Programa de Interiorização dos Trabalhadores em Saúde – PITS enviou equipes de saúde para locais
297 que não possuíam profissionais de saúde. Ressaltou que a questão era extremamente complexa e não
298 envolvia apenas médicos estrangeiros no Brasil, considerando que dentro de alguns anos retornariam
299 ao Brasil vários estudantes que estavam cursando medicina em outros países como Bolívia, Colômbia,
300 Peru e Argentina. Nesse sentido, ressaltou a importância de o Ministério da Educação aprofundar o
301 debate sobre o tema, considerando a legislação vigente e sua complexidade. A propósito das
302 denúncias veiculadas na imprensa, sobre transplante de órgãos sugeriu que o Ministério da Saúde
303 acionasse direito de resposta, a fim de esclarecer à população o que realmente ocorreu. Conselheiro
304 **Willian Saad Hossne** endossou a proposta de que o Ministério da Saúde divulgasse os fatos que, na
305 realidade, ocorreram. Lembrou, ainda, que a Resolução do CNS nº 196, que versa sobre a ética em
306 pesquisa, determina que os procedimentos experimentais, para serem realizados, precisam estar
307 enquadrados como pesquisa e serem submetidos à apreciação do CNS. Conselheira **Solange**
308 **Gonçalves Belchior** explicou que o INCA, bem como vários Hospitais do Rio de Janeiro, tinham
309 problemas e seria necessário uma ação política para tratá-los. Disse que o debate sobre os Hospitais
310 deveria tratar também da questão do público x privado. Por fim, defendeu a instalação de Conselho
311 Gestor nos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, considerando que tais Unidades não possuíam
312 nenhuma forma externa de Controle Social. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** registrou a alegria de
313 ter convivido com o Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior**, destacando, em especial, o seu empenho e
314 dedicação nos trabalhos na 12ª Conferência Nacional da Saúde. Conselheiro **Volmir Raimondi** falou
315 sobre a dificuldade em obter medicamentos para transplantados no Estado do Rio Grande do Sul, o
316 que coloca em risco a vida de pacientes. A propósito, pediu esclarecimentos sobre a forma de repasse
317 do recurso, que era feito pelo Ministério da Saúde, para aquisição de medicamentos e o mecanismo de
318 controle da distribuição dos recursos nos Estados. Além disso, colocou à disposição dos Conselheiros o
319 convênio da União Brasileira de Cegos com Hotel em Brasília, que possibilitava a diminuição de custo
320 das diárias e da alimentação. Conselheiro **Moisés Goldbaum** cumprimentou o Ministério da Saúde pelas
321 iniciativas em relação às denúncias sobre transplantes de medula óssea e endossou a proposta de
322 divulgar na mídia os fatos como realmente ocorreram. A propósito da questão dos médicos cubanos no
323 Brasil, disse ser importante a participação do CNS no debate sobre médicos estrangeiros no país.
324 Conselheiro **Francisco das Chagas Dias Monteiro** explicou que o Brasil possuía legislação sobre
325 atuação de médicos estrangeiros no país e médicos brasileiros em outros países, assim, seria
326 necessário cumpri-la (realizar prova de proficiência na língua do país e validar ou convalidar o diploma).
327 Na sua opinião, seria de fundamental importância ampliar o debate sobre os motivos de os profissionais
328 de saúde não permanecerem em determinados locais do país, articulado à discussão sobre definição
329 de carreiras nos pequenos Municípios, à formação de tecnólogos na área de saúde, à abertura de
330 novos cursos e à desprecarização do trabalho. Ratificou, ainda, a sugestão de acionar a imprensa no
331 sentido de esclarecer a verdade sobre as denúncias veiculadas sobre transplantes. A Representante do
332 Ministério da Educação, **Gilka Starling Diniz**, disse ser importante articular a discussão sobre a
333 formação e interiorização do trabalho médico ao debate sobre ampliação e fragmentação do mercado e
334 suas consequentes desigualdades, e definição de mecanismos que garantissem a permanência de
335 profissionais em determinados locais do país. Conselheira **Zilda Arns Neumann** ressaltou a importância
336 de definir mecanismos capazes de agilizar o processo de licença para doação de órgãos e tecidos. A
337 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que no debate sobre o planejamento
338 financeiro do CNS, com a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, seria tratada, entre outros
339 aspectos, a questão das diárias. Disse que na Reunião Ordinária do CNS de março de 2004 seria
340 pautado o planejamento orçamentário do CNS, e seria debatido o tema sobre formação profissional
341 (Resolução do CNS nº 324). Feito esses esclarecimentos, passou a palavra ao Secretário de Atenção à
342 Saúde para que respondesse aos questionamentos dos Conselheiros. O Secretário de Atenção à
343 Saúde, **Jorge José Santos Pereira Solla**, explicou, a princípio, que o Ministério da Saúde não contratava
344 profissional estrangeiro sem diploma validado e registro atualizado no Conselho Profissional no Brasil.
345 Disse que as contratações de profissionais para atuar em regiões onde era mais difícil a permanência
346 de profissionais geraram questionamento legal, por parte de prefeituras. Ressaltou que se tratava de
347 questão antiga que, na sua opinião, precisava ser aprofundada, em virtude da extensão e do fato de
348 não estar restrita a profissionais estrangeiros no país. A propósito, informou que, dentro de quatro anos,
349 grande contingente de médicos brasileiros formados em países como Cuba e Bolívia, retornariam ao
350 Brasil. Concordou com a ausência da representação do Ministério da Saúde nas reuniões do CNS,
351 sinalizando, em especial, a dificuldade de sua participação, em virtude do volume de demandas. Nessa
352 linha, disse que o Ministério da Saúde estava discutindo mecanismos para garantir presença mais
353 efetiva de seus representantes nas reuniões do Conselho. Falou, ainda, sobre os meios de
354 comunicação o que, na sua opinião, era um dos problemas mais sérios do país, considerando que,
355 muitas vezes, divulgavam as notícias que interessam aos seus proprietários. Explicou que catalogou

vários e-mails de importantes Entidades manifestando apoio ao Ministério da Saúde em relação à polêmica sobre o INCA, no entanto, nenhum foi divulgado por parte da *Folha de São Paulo*. Ressaltou que a assessoria de comunicação do Ministério da Saúde disponibilizou material esclarecendo as denúncias, no entanto, não foi divulgado. Disse, ainda, que seria importante promover debate sobre a implantação de Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde. A propósito do questionamento sobre medicamentos excepcionais, explicou que o Ministério da Saúde repassava, regularmente, o recurso para aquisição dos medicamentos às Secretarias Estaduais de Saúde, que eram as responsáveis por fornecer os medicamentos. Além disso, informou que no ano de 2003 houve aumento substancial do repasse do Governo Federal a Estados para a compra de medicamento excepcional e o Ministério estava promovendo debate sobre a possibilidade de realizar compra global de medicamentos necessários a um número reduzido de pacientes. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que a Portaria de Nomeação dos Conselheiros do CNS fora publicada no final de 2003, porém, faltavam algumas indicações. Disse que, feito todas as indicações, seria publicada nova Portaria de Nomeação. A seguir feito esse esclarecimento, foi feita a apresentação dos Conselheiros que participavam da reunião do CNS pela primeira vez, a saber: Representante do Ministério do Trabalho e Emprego - Conselheiro **Virgílio César Romeiro Alves**, diretor do Departamento de Segurança do Trabalho; Representante das Entidades Nacionais de Prestadores de Serviços de Saúde - Conselheiro **Tito Oliani**; médico; Representante da Força Sindical - Conselheiro **João Donizeti Scaboli**; e Representante do Ministério da Educação – Senhora **Gilka Starling Diniz**, médica e membro da Comissão de Hospitais Universitários do Ministério da Saúde. **ITEM 02 – APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL** – O Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** assumiu a coordenação dos trabalhos. A seguir o Coordenador Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, **Gilberto Pucca**, cumprimentou o Plenário e agradeceu a oportunidade de apresentar aos Conselheiros a proposta do Ministério da Saúde de diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Registrhou satisfação, também, por encontrar o Conselheiro **Willian Saad Hossne** entre os membros do Conselho. A propósito, disse que na década de oitenta participou de movimento que lutava por reforma na Universidade Brasileira e exigia, dentre outros aspectos, a posse do então professor **Willian Saad Hossne** como reitor da UNESP. Explicou que a sua participação no movimento teve algumas consequências, dentre elas, o seu desligamento da UNESP, o que lhe obrigou a terminar o curso em outra Universidade. Em seguida, agradeceu a todos que contribuíram para a definição das diretrizes de saúde bucal, em especial, à Diretora do Departamento de Atenção Básica, **Afra Suassuna**, ao Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge José Santos Pereira Solla**, e ao Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**. Feitas essas considerações iniciais, entregou à Secretaria-Executiva do CNS o documento *Política Nacional de Saúde Bucal* que apresentava diretrizes para a organização da saúde bucal no âmbito do SUS. Disse que o documento era resultado de um processo de discussão com os coordenadores estaduais de saúde bucal, coordenadores de Atenção Básica na totalidade dos Estados Brasileiros e das Entidades de Categorias, tendo como base os preceitos da reforma sanitária, em particular, as diretrizes da 8ª Conferência Nacional da Saúde e seus desdobramentos por meio da 1ª e 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Acrescentou, ainda, que por sua natureza técnica e política o documento não era definitivo, pois se encontrava em permanente construção. Iniciou a apresentação falando sobre a situação epidemiológica da saúde bucal do país, que é extremamente precária. Conforme o Coordenador, três a cada quatro brasileiros que completam 60 anos não possuem nenhum dente na boca e, em 1998, foi constatado que praticamente 30 milhões de brasileiros (18,7% da população) nunca foram ao dentista. Disse que o primeiro levantamento de saúde bucal do país foi realizado em 1986, de forma precária, pois considerou apenas algumas capitais e o segundo foi realizado em 1996, abrangendo apenas a faixa etária de dois anos. A propósito, informou que foi concluído o Terceiro Levantamento Nacional de Saúde Bucal – SB BRASIL, que consiste no primeiro levantamento que mostra a real situação da saúde bucal no Brasil. Disse que o SB Brasil será divulgado junto com a proposta de Política de Saúde Bucal. Prosseguiu explicando que o CPO-D, indicador de saúde bucal mais conhecido e que soma os dentes cariados, perdidos e obturados, demonstrou importante queda de índice de cárie dentária no país (primeiro problema de saúde bucal no Brasil) na faixa etária dos doze anos de idade e o índice atual do Brasil é de 2,9. Com relação a índices de mortalidade e morbidade, destacou que os cânceres de cabeça e pescoço representam 10% dos tumores malignos; aproximadamente 40% dos cânceres dessa localização ocorrem na cavidade oral; 30,5% dos cânceres bucais resultam em morte; e 53,4% dos diagnósticos são feitos com a lesão nas fases III e IV. Explicou que a projeção para o ano de 2003 era mais de 3 mil óbitos por câncer de boca no Brasil. Disse que a partir do quadro epidemiológico de saúde bucal do país, em 2003, foram propostas alterações, visando a construção e implementação de ações, dentre elas: **a)** alteração da Portaria GM/MS nº 1.444/2000, que propiciou igualar o número de equipes de Saúde Bucal às equipes de Saúde da Família e trouxe desdobramentos imediatos e práticos na ponta da rede; e **b)** aumento de

416 20% do incentivo para as Equipes de Atenção Básica e das Equipes de Saúde Bucal da Família.
417 Ressaltou que além dessas iniciativas, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 74 de 20 de janeiro
418 de 2004, que: **a)** aumenta em torno de 37% os incentivos da modalidade II (Equipes formadas por
419 dentistas, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário), e em torno de 30% (os incentivos
420 para a modalidade I (Equipes formadas por dentistas e auxiliar de consultório dentário), o que
421 corresponde ao aumento de 57% dos incentivos à equipe de saúde bucal no âmbito da estratégia do
422 PSF com impacto decisivo na implementação e reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, bem
423 como na Política de Saúde Bucal do País; **b)** corrige o valor do incentivo adicional para a compra de
424 equipamentos e materiais permanentes clínicos para R\$ 6.000,00; **c)** fornece um consultório
425 odontológico para as equipes de modalidade II, que possuem um técnico de higiene bucal,
426 possibilitando o trabalho do técnico em cadeira, o que terá impacto imediato para a promoção, bem
427 como para a assistência e acesso à saúde bucal; e **d)** concede incentivo de R\$ 1.000,00 em parcela
428 única, para cada equipe de saúde bucal já implantada, para a compra de materiais permanentes. Disse
429 que as ações implementadas no setor possibilitavam incluir na Atenção Básica procedimentos
430 extremamente necessários, de um lado, e extremamente proibitivos do outro à grande parte da
431 população em termos de acesso. Além disso, destacou que as ações desenvolvidas em 2003, com
432 exceção da última Portaria editada, tiveram impactos como aumento do número de equipes de saúde
433 bucal dentro da estratégia do PSF, que passou de 4.261 para 6.170 equipes, representando aumento
434 de quase 45% do quantitativo do número de equipes. Explicou que esse crescimento era importante
435 para o acesso aos serviços de saúde bucal, que era o problema prioritário no setor. Destacou que a
436 cobertura populacional no ano de 2003 aumentou de 26.170.330 para 35.794.945. Nessa perspectiva,
437 esclareceu que foram propostas diretrizes estruturantes para reorientação do modelo biomédico de
438 atenção às doenças, tendo como base o princípio da humanização e responsabilização dos serviços,
439 por meio de duas lógicas principais: linhas do cuidado e condição de vida. Explicou que o planejamento
440 dos serviços de saúde bucal no Brasil caracterizou-se por uma Política de Saúde Bucal que teve
441 desdobramento excludente em termos do acesso aos serviços, e que se notabilizou pelo atendimento à
442 criança e à mulher em sua fase reprodutiva. Nesse sentido, destacou que a proposta do Ministério da
443 Saúde era superar o modelo vigente por meio de linhas de cuidado, garantindo atenção à criança, ao
444 adolescente, ao adulto, e ao idoso, considerando as condições de vida e as particularidades de cada
445 linha. Afirmou que a proposta, era universalizar o direito ao acesso à saúde bucal, preservando a
446 peculiaridade de cada segmento, a partir dos seguintes pressupostos: **1º** - qualificação da Atenção
447 Básica, tendo como premissas a qualidade e a resolutividade; **2º** - integralidade das ações; **3º** -
448 utilização da epidemiologia e das informações sobre o território para subsidiar o planejamento; **4º** -
449 acompanhamento do impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados que foram
450 construídos pela Coordenação da Avaliação do Departamento de Atenção Básica, em parceria com as
451 Coordenações e representações das Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde; **5º** - centrar a
452 atuação na Vigilância à Saúde; **6º** - incorporação da Saúde da Família como uma importante estratégia
453 na reorganização da Atenção Básica; **7º** - definição da Política de Educação Permanente para os
454 trabalhadores em saúde bucal; **8º** - definição da agenda de pesquisa científica; **9º** - estabelecimento da
455 Política de Financiamento inserida dentro da perspectiva de financiamento do Sistema Único de Saúde,
456 com o devido cuidado de não reproduzir as "caixas pretas" em termos de política de financiamento.
457 Chamou a atenção para o fato de a saúde bucal ter sido, no decorrer da história, independente em
458 relação às demais áreas de saúde. Nesse sentido, explicou que uma das tarefas da Coordenação de
459 Saúde Bucal era fazer com que a saúde bucal fosse parte da Atenção à Saúde. Ressaltou que as
460 ações teriam como base os princípios norteadores do SUS e da Reforma Sanitária, sendo: Gestão
461 Participativa; Ética; Acesso aos Serviços e Saúde; Acolhimento; Vínculo; Responsabilidade
462 Profissional, por meio das ações de promoção e proteção da saúde; e Fluoretação da Água. A
463 propósito, explicou que a fluoretação da água era uma medida com alta eficácia, considerando que
464 reduzia em até 60% a incidência de cárie dentária no país, e que o custo era de R\$ 1,00/habitante ano.
465 Enfatizou que, apesar da Lei Federal de 1974 que determina o tratamento das águas de abastecimento
466 público, não mais de 70 milhões de brasileiros têm acesso à água tratada, clorada e fluoretada. Frente
467 a esse diagnóstico, informou que o Ministério da Saúde propôs ações concretas e imediatas, apesar de
468 o tratamento das águas de abastecimento público ser uma responsabilidade municipal que deveria
469 estar sendo cumprida por força de Lei. Disse que a meta do Ministério da Saúde até o final da gestão
470 do Presidente **Lula** era ter 100% de cobertura das cidades que possuem água tratada e clorada, mas
471 não fluoretada, por meio de repasse de equipamentos necessários a estações de tratamento para
472 fluoretação. Explicou que até 31 de dezembro de 2003, o Governo Federal não dispunha de nenhum
473 instrumento de coleta de dados de fluoretação de água, assim, os dados de fluoretação de água eram
474 extremamente precários. No entanto, a partir de 1º de janeiro de 2004, o Ministério das Cidades incluiu
475 a fluoretação de água de abastecimento público em seu instrumento de informação e a Secretaria de

Vigilância em Saúde, por meio do CISÁGUA, também, possibilitando o acompanhamento e o monitoramento da fluoretação de água de abastecimento público no Brasil. Além disso, explicou que serão desenvolvidas ações de Educação em Saúde e de Higiene Bucal Supervisionada em todo o país a partir de uma nova lógica e também estava em discussão a distribuição de insumos, como, por exemplo, escova dental (não mais de 30 milhões de brasileiros consomem três escovas por ano). Citou, ainda, como ações estruturantes: a aplicação tópica de Flúor; ações de recuperação; ações de reabilitação; implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento; inclusão de procedimentos mais complexos na Atenção Básica; inclusão da reabilitação protética na Atenção Básica; ampliação da qualificação da Atenção Secundária e Terciária; e a estratégia da Saúde da Família como fator estruturante. Disse que o Ministério da Saúde, junto com Estados e Municípios, por meio das equipes de saúde bucal, disponibilizaria insumos consumidos em todo o país, sendo: ionômero de vidro; limalha 30g; mercúrio, resina fotopolimerizável; selante de fóssulas e fissuras; escova e pasta dental. Enfatizou que tal iniciativa teria como consequência imediata a desoneração dos Municípios, o que possibilitaria o investimento em outras áreas da saúde bucal. Destacou que, além da organização da Atenção Básica, o Ministério da Saúde estava propondo a criação de Rede de Referência e Contra-Referência em Saúde Bucal, a fim de suprir o problema da falta de mecanismos de referência e contra-referência na área. A propósito, informou que no ano de 2002 não mais do que 3,5% do total dos procedimentos realizados em saúde bucal foram especializados. Além disso, disse que o Ministério da Saúde começou a enfrentar a questão da Atenção Secundária, por meio de repasse de recursos a Estados e Municípios para montagem de Centros de Especialidades Odontológicas, com especialidades a serem ofertadas a partir das necessidades epidemiológicas, e laboratórios de prótese dentária, que iniciará processo de referência e contra-referência em reabilitação de prótese de resina. Informou que esses laboratórios estavam dimensionados para ofertar, a médio e curto prazo, por exemplo, próteses de metal. Além disso, afirmou que a questão da prótese será enfrentada por meio de medida que propicie às equipes de saúde bucal ofertar próteses na Atenção Básica. Falou também sobre a proposta de distribuição de kits escolares de higiene oral (escova de dente e creme dental), em parceria com o Ministério da Educação, a fim de garantir que as crianças da Rede Pública de Ensino tenham acesso regular a esses insumos, bem como otimizar o trabalho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde. Por fim, também entregou a Secretaria-Executiva o resultado do SB Brasil, levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira que englobou 250 Municípios, aproximadamente 2 mil trabalhadores, exigiu o treinamento de mais de mil profissionais dentro da lógica do SUS e envolveu quase 109.000 indivíduos. Concluída a apresentação, foram abertas inscrições para intervenção do Colegiado. Conselheiro **Moisés Goldbaum** parabenizou o Coordenador Nacional de Saúde Bucal e toda a equipe da Secretaria de Atenção à Saúde pela elaboração da Política de Saúde Bucal. Destacou o fato de o Ministério da Saúde estar trabalhando com dados epidemiológicos, porém, lamentou que os dados apresentados se restringissem a dados poucos numéricos. Perguntou sobre as ações em relação a outros problemas de saúde pública, como, por exemplo, a doença periodontal e sobre a formação de recursos humanos. Pediu esclarecimentos também sobre a proposta de definição de Política Científica Tecnológica em Saúde Bucal, o que, na sua opinião, era uma iniciativa louvável. Por fim, solicitou que a Associação Brasileira de Odontologia esclarecesse a sua posição sobre a Política de Saúde Bucal. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** cumprimentou Coordenador Nacional de Saúde Bucal, **Gilberto Pucca**, pela apresentação e manifestou o apoio do Conselho Federal de Odontologia à Política de Saúde Bucal, destacando, em especial o aumento do número de equipes de saúde bucal, a preocupação com a formação profissional e interiorização de profissionais. Informou que o Conselho Federal de Odontologia enviou a Política de Saúde Bucal aos Conselhos Regionais para análise e elaboração de parecer técnico, em especial sobre a iniciativa de inserir na Atenção Básica a colocação de próteses dentárias. Ressaltou que, apesar de ser especialista em prótese, não conhecia o termo "*próteses dentárias elementares*" que foi utilizado no documento. Além disso, sugeriu que o serviço de prótese fosse uma das especialidades do Centro de Especialidade em Saúde Bucal, que será criado. Destacou também que o maior levantamento de saúde bucal realizado no país – SB Brasil foi iniciado pelas categorias odontológicas que anseiam por uma saúde bucal, com base nos princípios do SUS, para toda a população. Por fim, desejou muito sucesso ao Coordenador Nacional de Saúde Bucal, considerando as dificuldades de implementar um Projeto de Saúde Bucal no país. Conselheira **Zilda Arns Neumann** cumprimentou a iniciativa do Ministério da Saúde de incluir a saúde bucal na Atenção Básica, o que facilitaria o acesso da população carente aos serviços. Disse ser necessário que os materiais educativos do Ministério da Saúde tratem sobre educação em saúde bucal, exemplo do que faz a Pastoral da Criança. Além disso, ressaltou a importância de verificar se a água das escolas era fluoretada e se eram realizadas campanhas de incentivo à escovação dental. Defendeu a participação mais efetiva das Universidades nas causas públicas, por meio de ações como atendimento e consultas feitas por estudantes

536 universitários. Por fim, perguntou se o Projeto previa ações de odontologia para bebês. Conselheiro
537 **Willian Saad Hossne** fez uso da palavra para falar sobre acontecimento relatado pelo Coordenador
538 Nacional de Saúde Bucal que, até então, não era de seu conhecimento. Em 1984, quando era um
539 estudante da Universidade de Araçatuba, o Coordenador de Saúde Bucal participou de Movimento que
540 defendia mudança na Universidade de São Paulo. Em virtude da sua participação no movimento e o
541 seu apoio à posse do então Professor **Willian Saad Hossne** como reitor da Universidade de Araçatuba,
542 o então estudante **Gilberto Pucca** foi suspenso por 365 dias corridos, faltando apenas um ano para se
543 formar na Universidade de Araçatuba, e, por essa razão, teve de se formar em outra escola. Frente ao
544 relato, o Conselheiro ressaltou que era seu dever demonstrar que o preço pago teve recompensas.
545 Conforme o Conselheiro, o movimento na Universidade de Araçatuba levou às *Diretas Já*, movimento
546 que tomou conta de São Paulo e do Brasil. Além disso, várias Universidades incorporaram nos seus
547 Estatutos dispositivos defendidos pelo movimento e a proposta de reforma universitária do Ministério da
548 Educação utiliza as idéias discutidas e defendidas à época. Por fim, destacou que a exposição do
549 Coordenador de Saúde Bucal e a função que exercia no Ministério da Saúde eram resultados do seu
550 trabalho e esforço. Nesse sentido, parabenizou o Coordenador de Saúde Bucal, destacando o
551 conteúdo, os conceitos claros e as estratégias de trabalho da Política de Saúde Bucal. Conselheiro
552 **Walmer José da Trindade Urtiga** cumprimentou a iniciativa do Ministério e perguntou se a Política de
553 Saúde Bucal previa a adequação do espaço físico – mobiliário e equipamentos – para as pessoas
554 portadoras de deficiência, a eliminação de barreiras arquitetônicas e ambientais para facilitar o acesso
555 ao local de tratamento, considerando que os locais públicos para atendimento odontológico à
556 população não eram acessíveis ao deficiente físico-moto, e a realização de curso de LIBRAS, Língua
557 Brasileira de Sinais, para os atendentes e odontólogos, a fim de garantir o atendimento odontológico
558 aos portadores de deficiência auditiva. Além disso, sinalizou o fato de o documento não apresentar
559 ações para as pessoas portadoras de deficiência, que possuem especificidades e necessitam de
560 tratamento específico. Por fim, informou que o termo "*portadores de necessidades especiais*" era
561 utilizado único e exclusivamente em educação, em referência a pessoas com necessidades
562 educacionais especiais como os portadores de deficiência e superdotados. Nesse sentido, deveria ser
563 utilizada no documento a terminologia pessoas portadoras de deficiência. Conselheira **Maria Leda de R.**
564 **Dantas** explicou que desde 1978 lutava para garantir a participação de odontólogos na saúde do idoso.
565 Parabenizou o Coordenador Nacional de Saúde Bucal, contudo, disse ser necessário o máximo
566 cuidado com a proposta de ampliar a colocação de próteses, a fim de não ser confundida com a
567 situação do Nordeste onde a distribuição de próteses era uma questão política e eleitoreira. Em
568 seguida, perguntou quais seriam as ações para garantir assistência odontológica às populações
569 indígenas e às pessoas portadoras de hanseníase e se havia previsão de estratégias de barateamento
570 de custo, como, por exemplo, do equipamento simplificado. Além disso, estranhou o fato de as
571 Entidades relacionadas à área de saúde bucal não terem apresentado contribuição à Política. A
572 propósito, propôs que a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição - CIAN/CNS participasse do
573 trabalho da Coordenação de Saúde Bucal, a fim de aprofundar o debate sobre alimentação e saúde
574 bucal, principalmente no que diz respeito a merenda escolar. Finalizou a sua intervenção
575 cumprimentando o Coordenador de Saúde Bucal pelo documento que, na sua opinião, era consistente,
576 possuía coerência entre forma e conteúdo e não possuía os estrangeirismos comuns aos documentos
577 do Ministério da Saúde. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** endossou a colocação da Conselheira
578 **Leda** sobre a participação da CIAN na discussão sobre merenda escolar. Além disso, perguntou se os
579 doentes celíacos foram considerados na Política de Saúde Bucal. Falou, ainda, sobre a proposta de
580 firmar convênio com a empresa Colgate/Palmolive, por meio do Kit Doutor Dentuço, para ensinar
581 crianças celíacas a fazer higiene bucal. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** disse estar
582 emocionada por participar da apresentação da Política de Saúde Bucal do Ministério da Saúde ao CNS.
583 Nesse sentido, cumprimentou a iniciativa do Ministro **Humberto Sérgio Costa Lima**, do Secretário de
584 Atenção à Saúde, **Jorge José Santos Pereira Solla**, e do Coordenador Nacional de Saúde Bucal,
585 **Gilberto Pucca**. Louvou a iniciativa das Entidades Nacionais de manifestar apoio à Política, que tem
586 como eixos norteadores os princípios do SUS. Chamou a atenção para o processo democrático de
587 construção do documento, que contou com a participação dos coordenadores estaduais de saúde
588 bucal, e para o fato de que a Política será avaliada e discutida na 3ª Conferência de Saúde Bucal.
589 Endossou a proposta do Ministério da Saúde de incluir a área de prótese dentária na ação Atenção
590 Básica, pois contribuiria para garantir a universalização do acesso e para resolver um grave problema
591 (60% das pessoas idosas não possuem nenhum dente na boca). Louvou também a iniciativa de criar
592 Centros de Atendimento de Especialidades, considerando que ofereceria serviços que atualmente não
593 eram acessíveis a grande maioria da população. Por fim, destacou que o fato de o documento estar em
594 construção possibilitava a apresentação de contribuições e a ampliação do seu conteúdo. Conselheiro
595 **Luiz Gonzaga Araújo** manifestou alegria em participar do lançamento da Política de Saúde Bucal. Alem

596 disso, perguntou como o Ministério da Saúde trataria a questão dos dentistas práticos que atuam no
597 interior dos pequenos Municípios e qual seria a estratégia para enfrentar o mito do “*medo de dentista*”.
598 A propósito, sugeriu que fosse feita mobilização no sentido de que fosse autorizado o funcionamento de
599 rádios comunitárias (há mais de 9.000 solicitações no Ministério da Justiça), por que eram importantes
600 instrumentos de informação, principalmente, nos pequenos Municípios, em sua grande maioria, rurais.
601 Concluiu destacando a importância de se ter o máximo de cuidado com a prática ilícita de distribuição
602 de próteses em troca de votos, fato que acontecia muito em ano de eleição. Conselheira **Rosane**
603 **Lowenthal**, a princípio, parabenizou a atitude do Ministério da Saúde, pois, que na sua opinião, a
604 população brasileira necessitava de saúde bucal e de educação em saúde. Enfatizou a importância de
605 as equipes de saúde bucal terem uma formação voltada “*a lidar com todos*”, sem segmentar os
606 cuidados. Na sua opinião, seria necessário dar ênfase à informação, com iniciativas de educação em
607 saúde que trabalhassem os aspectos relativos à funcionalidade da boca, à alimentação, entre outros,
608 como forma de evitar problemas futuros. Perguntou, por fim, qual seria o mecanismo para garantir o
609 acesso de pessoas sem possibilidade de ir aos postos especializados, a exemplo dos portadores de
610 deficiência e de demência. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** pediu esclarecimentos sobre o
611 impacto do Programa e sobre o atendimento aos portadores de AIDS, que possuem sérios problemas
612 bucais. Disse ser importante promover campanhas de prevenção em saúde bucal nas escolas, por
613 meio de iniciativas intersetoriais, em especial sobre a questão da merenda escolar. Na sua opinião,
614 seria importante trazer a discussão sobre a merenda escolar e demais questões relacionadas à saúde
615 bucal para o Conselho. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** manifestou-se favorável a
616 Política de Saúde Bucal do Ministério da Saúde que, na sua opinião, aproximava-se da integralidade da
617 assistência, da eqüidade, do acesso e da universalidade dos serviços. Comentou sobre as ações de
618 recuperação e reabilitação, destacando o fato de as duas Conselheiras cirurgiãs-dentistas terem
619 apresentado posições distintas sobre a inserção de serviços de prótese dentária na Atenção Básica.
620 Disse ser importante aprofundar o debate sobre o tema, com ênfase à integralidade da atenção e à
621 universalização dos serviços de próteses dentárias para que todos os usuários tenham acesso aos
622 serviços com totalidade e efetividade, não apenas com eficiência. Falou, ainda, sobre a formação dos
623 profissionais, ressaltando a importância de deixar claro que as políticas de educação permanente para
624 os trabalhadores não eram voltadas somente para os trabalhadores formados que trabalham no SUS.
625 Teceu comentários, ainda, sobre o modelo econômico e a sua relação com a formação e com a
626 atenção odontológica e, nesse sentido, sugeriu que fossem detalhadas na Política as estratégias do
627 Ministério da Saúde e do Governo para “*atacar*” o mercado na base. Por fim, tratou sobre a questão dos
628 recursos, ressaltando que, frente à amplitude da Política, os recursos disponíveis eram insuficientes
629 para implementar as ações apresentadas. Nesse sentido, propôs que o Ministério da Saúde
630 apresentasse as metas e a extensão de cobertura para, futuramente, possibilitar a realização de
631 estudos sobre o impacto das ações. Disse ser necessário que o Conselho, órgão planejador de
632 políticas, conheça a dimensão do montante de recursos que será necessário à implementação das
633 ações, a fim de solicitar que seja garantido no próximo orçamento do Ministério da Saúde. Concluiu sua
634 intervenção destacando a necessidade de acabar com o “*constrangimento*” da diferença do sorriso
635 social. Concluídas as intervenções, o Coordenador Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde,
636 **Gilberto Pucca**, passou a responder os questionamentos. O Coordenador Nacional de Saúde Bucal do
637 Ministério da Saúde, **Gilberto Pucca**, desculpou-se antecipadamente pela possível superficialidade das
638 respostas, em virtude da exiguidade de tempo. No entanto, reiterou que a Coordenação de Saúde
639 Bucal estava à disposição do Conselho para retomar e aprofundar as questões colocadas em outra
640 oportunidade. Começou explicando que o Ministério da Saúde possuía a clara e exata dimensão da
641 proposta de serviços de próteses dentárias e de sua repercussão. Nesse sentido, citou a fala do
642 Ministro da Saúde de que “*um Sistema Único de Saúde que financia grande quantitativo de transplante*
643 *e possui forte presença no setor público, mas não oferta o direito mínimo à prótese é, no mínimo,*
644 *bastante problemático*”. Explicou que a expectativa não era equacionar os problemas da área até 2006,
645 no entanto, acreditava-se que as ações propostas apresentariam resultados concretos. Explicou que a
646 oferta de próteses não era uma política isolada, pois fazia parte de um conjunto de iniciativas que estão
647 sendo propostas. A propósito, explicou que o Ministério da Saúde estava reorganizando a Atenção
648 Básica e inserindo na Atenção Secundária e Terciária os seus procedimentos inerentes. Endossou a
649 colocação de que o problema a ser equacionado era o acesso às ações, no caso específico da prótese,
650 e principalmente a oferta igualitária dos serviços privados e públicos. Disse, ainda, que a proposta era
651 garantir que o usuário do SUS tivesse acesso aos serviços que o usuário do sistema privado tinha.
652 Assim, ressaltou que a discussão deveria ser voltada às formas de viabilizar o acesso e não sobre onde
653 os serviços seriam inseridos (Atenção Secundária ou Primária). Em termos de organização dos
654 serviços, explicou que a Atenção Básica era onde efetivamente as pessoas tinham maior possibilidade
655 de acesso. Disse que tal fato era coerente com a resolutividade do Sistema, da Política, e não do

656 acesso à prótese. Por essa razão, enfatizou que seria importante organizar os serviços conforme
657 proposto, considerando que se começava a dar resolutividade à Atenção Básica e a fechar os
658 “gargalos” da Atenção Secundária e Terciária. Na sua opinião, tal iniciativa iniciava o processo de
659 enfrentamento do problema de eleição de políticos, em virtude da distribuição de próteses. Ressaltou,
660 por fim, que a questão da prótese, em termos de qualidade, era tida como fator principal. Em seguida,
661 explicou que a metodologia de apresentação das diretrizes não permitiu o aprofundamento dos índices,
662 no entanto, a proposta de reorganização da Atenção Básica contemplava a doença periodontal. Disse
663 que os procedimentos de periodontia seriam ofertados na Atenção Básica, o que resultaria em melhor
664 resolutividade da Atenção. Destacou que a partir dos quarenta anos os cidadãos começavam a perder
665 dentes não por cárie dentária, mas por doença periodontal, em consequência do acesso quase
666 inexistente à Atenção Secundária. A propósito da questão da Política de Acúmulo de Saber Científico,
667 disse que a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a Conferência
668 Nacional de Saúde Bucal apontariam as diretrizes. Porém, fez questão de destacar que não
669 concordava com a idéia de pensar uma Política de Ciência e Tecnologia para a Saúde Bucal separada
670 da Política Nacional Macro-estrutural. Explicou, ainda, que a saúde bucal e a odontologia no Brasil
671 possuíam grande acúmulo no que diz respeito ao acesso aos serviços e às informações nas idades
672 mais precoces. Informou que foi feita interlocução com a Coordenação Nacional da Campanha da
673 Fraternidade de 2004, que tem a água como tema principal, e foi acordado que a CNBB incluirá a
674 fluoretação das águas de abastecimento público como um dos eixos temáticos a serem discutidos pela
675 Campanha. Na sua opinião, tal iniciativa teria importante potencial de multiplicação. Desculpou-se pela
676 utilização do termo “*pessoa portadora de necessidades especiais*” e comprometeu-se a retificar para
677 “*pessoa portadora de deficiência*”. Disse que as necessidades apresentadas pelos portadores de
678 deficiência estavam sendo trazidas para o atendimento odontológico. A propósito, informou que a
679 saúde bucal encaminhava os poucos usuários portadores de deficiência que conseguiam chegar à rede
680 para hospitais, porém, nem 10% das pessoas portadoras de deficiência necessitam de tratamento
681 realizado em hospitais. Nesse sentido, disse ser necessário trazer usuários portadores de deficiência
682 para a Atenção Básica e para as Unidades Básicas de Saúde, como forma de ampliar o acesso. Nessa
683 linha, chamou a atenção para a necessidade de uma Política de formação e capacitação dos
684 profissionais de saúde bucal. Ressaltou, ainda, o processo de formação dos profissionais de saúde
685 bucal que era uma Política Estratégica, que estava sendo discutida junto à Secretaria de Gestão do
686 Trabalho em Saúde. No que diz respeito aos dentistas práticos, sinalizou que se tratava de um
687 problema social do país que precisava ser discutido, até mesmo do ponto de vista da regulamentação
688 do profissional. No que diz respeito às populações “*excluídas*”, ressaltou a importância de pensar em
689 planejamento de ações de saúde intersetoriais, interministeriais, especificamente, no campo da saúde,
690 reorganizando o acesso e a Atenção Básica à saúde. Citou, por exemplo, a estratégia do Programa
691 Saúde da Família de descrição de clientela como fator primordial de reestruturação do Sistema. Daí a
692 necessidade de ir até os espaços socialmente reconhecidos - escolas, postos de saúde, casas – e nos
693 locais onde a sociedade está se organizando. Em relação ao atendimento domiciliar, explicou que o
694 Programa Saúde da Família apresentava o aspecto da desconcentração da atenção, o que, às vezes,
695 era confundido com atendimento domiciliar. Afirmou que o objetivo não era o de realizar atendimento
696 domiciliar indiscriminadamente pelo Brasil, mas, em alguns casos onde o atendimento era necessário.
697 No que se refere ao impacto e ao financiamento, comprometeu-se a enviar ao Conselho as planilhas de
698 impacto epidemiológico, de cobertura populacional e de financiamento. Disse, ainda, que tinha
699 conhecimento sobre equipamento simplificado, no entanto, destacou que o grande problema era o
700 acesso a tais equipamentos e o financiamento. Destacou que não seria possível aprofundar sobre as
701 outras demandas apresentadas, mas colocou-se à disposição para discuti-las em outro momento.
702 Concluiu sua intervenção comentando sobre os Centros de Especialidades. A propósito, explicou que o
703 planejamento local, a epidemiologia e as necessidades e demandas locais decidiriam sobre as
704 especialidades que deverão ser ofertadas em determinado local. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling**
705 **Duarte** agradeceu o Coordenador de Saúde Bucal pela apresentação e destacou que algumas das
706 questões colocadas iriam voltar à discussão no debate sobre as Conferências Temáticas que se daria
707 no período da tarde. O Plenário saudou o Coordenador com uma salva de palmas. Definido esse ponto,
708 foram encerrados os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. **ITEM 03 – APROVAÇÃO DE**
709 **ATAS** – A aprovação das Atas da 137ª Reunião Ordinária, da 28ª Reunião Extraordinária e da 138ª
710 Reunião Ordinária, foi transferida para a 140ª RO, que ocorrerá nos dias 10 e 11 de março de 2004.
711 **ITEM 04 – INFORMES E INDICAÇÕES – Informes:** a) O plenário do CNS decidiu pautar debate sobre
712 formação profissional e trabalho na área da Saúde na 140ª Reunião Ordinária, com o propósito de
713 analisar, entre outras questões, as mudanças promovidas pelo Conselho Nacional de Educação – CNE
714 no Decreto nº 2.208/97, que dispõe sobre a educação profissional de nível técnico. Representantes do
715 Ministério da Educação e do Conselho Nacional de Educação serão convidados a participar da

discussão. O tema educação tecnológica foi discutido anteriormente no CNS, assim, a Ata da reunião que discutiu o tema e o Parecer da Comissão serão distribuídos aos Conselheiros; e b) A Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional será realizada no período de 17 a 19 de março de 2004.

Indicações: a) Reunião Ampliada com a Comissão de Sindicância que investiga as denúncias formuladas pelo Dr. **Daniel Tabak** (CEMO/INCa) referentes ao descumprimento de normas estabelecidas no Sistema Nacional de Transplantes – Data: 11 de fevereiro – Horário: 10h – Local: Sala de Reunião da SAS/MS. Conselheiro indicado: **Willian Saad Hossne**; b) Reunião do Conselho Consultivo do Inca - CONSINCA – Data: 17 de fevereiro – Horário: 9 às 17h – Local: Rio de Janeiro, RJ. O Diretor Geral do Instituto Nacional de Câncer (INCa), **José Gomes Temporão**, solicita a indicação de dois representantes dos usuários para comporem o CONSINCA. As Conselheiras **Nildes de Oliveira Andrade** e **Solange Gonçalves Belchior** foram indicadas a reunir-se com o Diretor Geral do INCa, **José Gomes Temporão**, para discutir o caráter e a composição do CONSINCA; c) Reunião do Comitê e GT de Capacitação do CNS – Data provável: 9 de fevereiro – Horário: 9 às 17h – Conselheiros indicados: **Jesus Francisco Garcia**; **Maria Eugênia C. Cury**; **Clóvis A. Boufleur**; e **André Luiz de Oliveira**; e d) I Congresso Brasileiro de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV/AIDS – Data: 8 a 11 de março – Local: João Pessoa, PB – Conselheiro indicado: **Carlos Alberto Ebeling Duarte**. Definido esse ponto, foi iniciado debate sobre as Conferências Temáticas. **ITEM 05 – CONFERÊNCIAS TEMÁTICAS – I. Conferências Temáticas de Saúde Bucal e Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde** – A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, falou sobre o resultado do trabalho do GT constituído na Reunião Ordinária do mês de janeiro de 2004, composto pelos Conselheiros **Graciara Matos de Azevedo**, **Rozângela Fernandes Camapum**, **Neimy Batista da Silva**, **Júlia Maria dos Santos Roland**, **Rogério Carvalho Santos**, **Jorge Nascimento Pereira** e pela Representante da Secretaria de Gestão Participativa, **Jacinta de Fátima Senna da Silva**, para definir encaminhamentos sobre o funcionamento das Conferências de Saúde Bucal e Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde. Explicou que o GT, com a participação da Secretaria Executiva do CNS, preparou a Minuta de Portaria de Convocação, Minuta de Regimento Interno e de Regulamento das Conferências de Saúde Bucal e Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde. Nesse sentido, disse que o Plenário teria de analisar as Minutas de Regimento Interno e de Regulamento e definir critérios de composição da Comissão Organizadora, a data das Conferências e a organização do processo. Feitos esses esclarecimentos, passou a apresentar a proposta de metodologia de trabalho para as Conferências Temáticas de Saúde Bucal e Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde. Explicou que o GT sugeriu, a princípio, a elaboração de Documento Base para nortear as discussões nas etapas municipais, estaduais e nacional das Conferências Temáticas, que apresentaria o histórico da Política, as deliberações das Conferências Temáticas anteriores, as deliberações da 12ª Conferência, a conjuntura (considerando o Programa e as propostas do atual Governo) e as propostas e divergências relativas aos temas. Explicou que a elaboração do documento se constituiria na primeira tarefa das Comissões Organizadoras das Conferências. A propósito, disse que o Plenário teria de indicar 32 nomes para compor, de forma paritária, as Comissões Organizadoras das Conferências (cada uma terá dezenas membros). Explicou que as etapas municipais e estaduais das Conferências teriam por objetivo analisar o Documento Base e elaborar propostas para Municípios, Estados e União. Os Relatórios das Conferências Municipais deveriam ser encaminhados à Comissão Organizadora Estadual e os Relatórios das Conferências Estaduais deveriam ser apresentados às Comissões Organizadoras, conforme prazo a ser definido. Explicou que a etapa nacional teria por objetivo analisar o Documento Base acrescido das propostas aprovadas nas Conferências Estaduais. Disse que a proposta era realizar as Conferências Temáticas de Saúde Bucal e Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde concomitantemente na mesma data e local. No que diz respeito à programação, apresentou a seguinte proposta de formato para as Conferências: abertura; votação do Regulamento; Painéis sobre Eixos Temáticos; Plenárias Temáticas; e Plenária Final. Disse que a novidade em relação ao formato das Conferências seria a realização de Plenárias Temáticas ao invés de Grupos de Trabalhos. A propósito do funcionamento da Plenária Temática, explicou que as propostas para serem levadas à apreciação da Plenária Final deveriam obter, no mínimo, 20% dos votos dos delegados que comporão a Plenária Temática. A proposta que obtiver mais de 80% dos votos dos delegados presentes seria considerada aprovada e deveria ser apresentada à Plenária Final para referendo. No que diz respeito ao funcionamento da Plenária Final, informou que seria colocado em votação o relatório das Plenárias Temáticas, com debate sobre os dissensos e não seria permitida a apresentação de adendos. Explicou que as mudanças propostas em relação às Conferências buscavam melhor aproveitamento dos espaços de debate. Feita essa apresentação, sugeriu que os Conselheiros se organizassem em dois grupos que teriam como finalidade a discussão sobre a Minuta de Regimento Interno e de Regulamento das Conferências Temáticas. Em seguida, passou a palavra para os componentes do GT, responsável pela elaboração das Minutas de Regimento Interno e Regulamento, para informações complementares. Conselheira

776 **Rozângela Fernandes Camapum** fez uso da palavra para destacar algumas propostas do GT, dentre
777 elas, a definição de que os delegados participantes da etapa estadual teriam de vir, obrigatoriamente,
778 das etapas municipais. Disse que seria importante aprofundar a discussão sobre a proposta nos
779 Grupos, considerando que no processo de realização da 12ª Conferência, alguns Estados realizaram
780 Conferências Regionais. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que o GT trabalhou a partir
781 da lógica de que as Conferências Temáticas tinham por objetivo resgatar as diretrizes definidas nas
782 Conferências Nacionais de Saúde, a fim de discuti-las, em profundidade, de acordo com seus temas e
783 especificidades. Conselheiro **Moisés Goldbaum** solicitou que o Grupo responsável por discutir o
784 funcionamento da Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde considerasse o fato de
785 que a Conferência será convocada, de forma intersetorial, por três Ministérios (Saúde, Educação e
786 Ciência e Tecnologia). Explicou que tal especificidade implicava em particularidades da Conferência,
787 dentre elas, a necessidade de indicação de dois coordenadores adjuntos, de forma a contemplar a
788 participação de representantes dos Ministérios da Educação e da Ciência e Tecnologia na
789 coordenação. No que diz respeito à composição dos delegados, explicou que foi apresentada proposta
790 para o setor saúde de acordo com o critério da paridade, e que se optou por deixar em aberto a
791 composição dos setores educação e ciência e tecnologia, por possuírem lógicas distintas. Informou, no
792 entanto, que se optou por indicar setores da educação e ciência e tecnologia que deveriam participar
793 das Conferências. Feitos esses esclarecimentos, os Conselheiros organizaram-se em dois grupos para
794 discutir a Minuta de Portaria de Convocação, de Regimento Interno e de Regulamento das
795 Conferências de Saúde Bucal e Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Os grupos reuniram-se no
796 final da tarde do primeiro dia de reunião. No segundo dia de Reunião, a Secretária-Executiva do CNS,
797 **Eliane Aparecida da Cruz**, retomou a discussão sobre as Conferências Temáticas e, em virtude da
798 exigüidade de tempo, sugeriu que o Plenário discutisse as questões polêmicas e as mudanças em
799 relação ao texto original. O Plenário concordou com a proposta e os Conselheiros **Graciara Matos de**
800 **Azevedo** e **Moisés Goldbaum** assumiram a coordenação dos trabalhos. Conselheira **Graciara Matos de**
801 **Azevedo** informou, a princípio, que o grupo aprovou a proposta de tema para a 3ª Conferência Nacional
802 de Saúde *Acesso e qualidade, superando a exclusão social*. Em seguida, passou a apresentar as
803 polêmicas para a deliberação do Plenário, a saber: **a)** Comissão Executiva e Relatoria – o grupo propõe
804 a saída do relator-geral e do relator-adjunto da Comissão Executiva e a definição de Comissão de
805 Relatoria do CNS, constituída, de forma paritária, por 12 membros, que deverá ter apoio de comissão
806 técnica; **b)** apresentação de novas propostas na etapa nacional – o grupo compreendeu que a
807 legitimação das propostas se daria a partir da discussão ascendente (das etapas municipais para a
808 etapa nacional), assim, o Plenário decidiria se apenas os delegados indicados ou todos os delegados
809 poderiam apresentar novas propostas na etapa nacional; **c)** povos indígenas – o grupo sugere a
810 definição de critério de participação dos povos indígenas nas Conferências, considerando os 34
811 Distritos Sanitários que existem; e **d)** número de delegados – o grupo propõe a rediscussão do critério
812 populacional utilizado para a definição do número de participantes. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling**
813 **Duarte** sugeriu que o Regimento Interno das Conferências tratasse das polêmicas enfrentadas na 12ª
814 Conferência, a exemplo das delegações *sub judice* e da definição dos observadores, a fim de evitar que
815 ocorram nas Conferências Temáticas. Conselheiro **Moisés Goldbaum** explicou que as principais
816 polêmicas levantadas no grupo de ciência, tecnologia e educação em saúde referiam-se: **a)** aos
817 objetivos da 2ª Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – o grupo sugeriu a revisão
818 dos objetivos, considerando que não faziam referência à soberania nacional e à autonomia científica e
819 tecnológica; e da participação do Controle Social na implementação da Política de Ciência e
820 Tecnologia; e **b)** ao tema central – o grupo propôs que o tema central contemplasse o conhecimento
821 para universalidade e qualidade da assistência à saúde, assim, foi apresentada nova proposta de
822 redação. Falou ainda sobre a polêmica concernente à definição dos delegados nos locais onde não
823 fossem realizadas Conferências Municipais. A propósito, explicou que o grupo aprovou o Anexo I da
824 Minuta de Regimento Interno, que versa sobre o número de delegados que os Municípios elegerão para
825 a etapa estadual, garantindo aos Municípios que realizarem Conferências Municipais o número de
826 delegados propostos. Além disso, resolveu que os Municípios que não realizassem Conferências
827 Municipais teriam de disputar número de vagas, que seria definido pela Comissão Organizadora
828 Regional, a partir do Plano Diretor de Regionalização. Por fim, informou que o grupo decidiu garantir
829 aos delegados o direito à apresentação de novas propostas nas Plenárias Temáticas pertinentes ao
830 Consolidado dos Relatórios das Conferências Estaduais. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** fez
831 uso da palavra para acrescentar que o grupo de ciência, tecnologia e inovação em saúde decidiu que o
832 Plenário definiria a composição das Comissões. Explicou que a Plenária Temática era o espaço para a
833 apresentação de novas propostas pertinentes ao tema em discussão. Assim, na Plenária Final não
834 seria permitida a apresentação de novos destaques. No que diz respeito à composição das delegações,
835 o grupo propôs que o CNS elaborasse documento com Recomendações para ser encaminhado aos

836 Estados, com o objetivo de evitar problemas como, por exemplo, delegações *sub judice*. A propósito
837 dos delegados indicados, explicou que o grupo optou por manter o texto do Regimento Interno que
838 versa sobre a questão, e acrescentou que os Conselheiros do CNS deverão ser contemplados como
839 delegados indicados em vagas extras. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** explicou que o grupo
840 acrescentou à Minuta de Regimento Interno que o delegado suplente deverá ser eleito no momento de
841 escolha do delegado titular, e que a ficha de credenciamento do delegado suplente deverá ser
842 encaminhada junto com a ficha do delegado titular, com vistas a evitar problemas no credenciamento
843 como ocorreu na 12^a Conferência. Além disso, o grupo decidiu que a delegação de delegados
844 suplentes corresponderá a, no máximo, 30% da delegação total. Conselheira **Neimy Batista da Silva**
845 disse que o grupo tratou sobre a dificuldade de manter a paridade na eleição de delegados nos Estados
846 e Municípios e, a propósito, decidiu manter o critério populacional para eleição dos delegados e propor
847 que o CNS elabore documento com recomendações, a fim de orientar o processo de escolha da
848 delegação estadual. Conselheiro **Moisés Goldbaum** acrescentou que o grupo decidiu que as moções
849 seriam apresentadas e votadas, sem defesa. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**
850 **Cruz**, destacou que os dois grupos apresentaram posições contrárias sobre algumas questões, a
851 exemplo da inscrição dos delegados indicados. O grupo de ciência e tecnologia decidiu que a escolha
852 dos delegados indicados seria feita após o credenciamento dos delegados e o grupo de saúde bucal
853 estabeleceu reserva de vagas para delegados indicados. Nesse sentido, sugeriu a definição de
854 pequeno grupo para comparar os Regimentos Internos das duas Conferências Temáticas e verificar os
855 pontos divergentes para serem discutidos, posteriormente, no Plenário. O Plenário endossou o
856 encaminhamento e os Conselheiros **Moisés Goldbaum** e **Graciara Matos de Azevedo**, com o apoio de
857 assessoria técnica, ficaram responsáveis pela comparação das Minutas de Regimento Interno das
858 Conferências Nacionais de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde e Saúde Bucal, com o propósito
859 de identificar possíveis pontos divergentes. Definida essa questão, foi iniciada a discussão sobre as
860 polêmicas levantadas. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** explicou que o grupo de saúde bucal
861 proveu debate sobre a dificuldade dos Conselheiros serem responsáveis pelos aspectos operacionais
862 da relatoria. No entanto, não se chegou a consenso e a questão foi remetida para decisão do Plenário.
863 Na concepção do grupo, o papel dos Conselheiros era verificar o cumprimento das definições do
864 Regimento Interno e das deliberações do CNS. Conselheira **Rosane Lowenthal** explicou que a proposta
865 do grupo era instituir Comissão de Relatoria, composta por representantes do CNS e com assessoria
866 de equipe técnica, que seria indicada pelos Conselheiros. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**
867 disse que o grupo de ciência e tecnologia também discutiu a questão da relatoria e sugeriu a
868 transformação da Comissão de Relatoria em Coordenação de Relatoria, que seria composta por 4
869 membros e teria o papel político de acompanhar e monitorar as atividades da relatoria. Conselheiro
870 **Carlos Alberto Ebeling Duarte** explicou que os Conselheiros integrantes da Comissão de Relatoria da
871 12^a Conferência tiveram dificuldade de acompanhar os trabalhos da relatoria da 12^a Conferência.
872 Assim, o grupo propôs que a Comissão de Relatoria do CNS fosse ampliada para 12 componentes.
873 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** afirmou que as propostas dos dois grupos não eram
874 excludentes, considerando que ambos defendiam que a Comissão de Relatoria do CNS tivesse caráter
875 de coordenação e não operacional. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** endossou a proposta de instituir
876 Coordenação de Relatoria do CNS que seria a responsável por definir a equipe técnica de relatoria.
877 Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** esclareceu que a proposta era de que a Comissão de
878 Relatoria fosse ligada à Coordenação-Geral da Conferência e não à Comissão Executiva. A Secretária-
879 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou duas alternativas para deliberação do
880 Plenário: **a)** definir as Comissões/Coordenações das Conferências (de relatoria, de comunicação e de
881 articulação e mobilização), que teriam caráter de coordenação e não operacional; ou remeter à
882 Comissão Organizadora a composição das Comissões; e **b)** a Comissão Organizadora seria a
883 responsável pela relatoria e não a Comissão-Executiva. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**
884 apresentou encaminhamento distinto que contemplava as propostas dos dois grupos: definição, por
885 parte do Plenário, da Comissão Organizadora, das Comissões de Comunicação e de Articulação e
886 Mobilização, e da Coordenação de Relatoria da qual faria parte o relator-geral e o relator-adjunto.
887 Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** explicou que o grupo de saúde bucal apontou a necessidade
888 de definir também Comissão de Infra-estrutura. **O Plenário acatou a proposta de definir Coordenação**
889 **de Relatoria da qual faria parte o relator-geral e o relator-adjunto.** Definido esse ponto, a Secretária-
890 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, falou sobre a segunda polêmica que se referia à
891 apresentação de novas propostas na etapa nacional. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** explicou
892 que o grupo sugeriu que novas propostas poderiam ser apresentadas na Plenária Temática. Assim, na
893 Plenária Final seriam apreciadas as propostas que não tivessem consenso na Plenária Temática
894 (aqueles que obtiveram menos de 80% dos votos dos participantes), e não seria permitida a
895 apresentação de novos destaques. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou

que o grupo responsável por discutir os aspectos metodológicos das Conferências definiu o funcionamento das Plenárias Temáticas: debate dos eixos temáticos; intervenção dos participantes que terão como base o Consolidado dos Relatórios das Conferências Estaduais; apresentação de destaques que deverão ser entregue, por escrito, à Mesa de Apoio, e estarem relacionados ao Documento Base. Disse que a sugestão do grupo de ciência e tecnologia era incluir artigo no Regimento Interno que tratasse dos tipos de propostas que poderão ser apresentadas (supressivas, aditivas, modificativas). Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** explicou que a proposta do grupo de ciência e tecnologia era similar à proposta do grupo de saúde bucal que propôs que não fosse permitida a apresentação de novas propostas que tivessem como base o Consolidado dos Relatórios das Conferências Estaduais. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** endossou a proposta de definir que os destaques tivessem por base o Consolidado dos Relatórios das Conferências Estaduais. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** manifestou preocupação com a proposta de não permitir a apresentação de novas propostas e, a propósito, sugeriu que o relatório das Plenárias Temáticas contemplasse as idéias sem consenso, e “*germinais*”. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** ressaltou que o processo democrático de construção de idéias iniciava com o debate nos Municípios e ia até a etapa nacional da Conferência. Nesse sentido, ratificou a proposta de não permitir a apresentação de novas propostas na etapa nacional. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a proposta de não permitir a apresentação de novas propostas na etapa nacional era democrática, considerando que não impedia a apresentação de novas idéias, pois, conforme o Regimento Interno, os delegados das Plenárias Temáticas poderiam fazer intervenções com base no Consolidado dos Relatórios das Conferências Estaduais. Reafirmou, nesse sentido, a necessidade de intervenção e participação dos Conselheiros do CNS nas Conferências Estaduais e Municipais. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que o debate nas Plenárias Temáticas teria como base o Consolidado dos Relatórios das Conferências Estaduais. Conselheira **Rosane Lowenthal** pediu esclarecimentos sobre o formato do Documento Base que seria encaminhado para discussão nos Municípios, considerando que propostas prontas poderiam direcionar o debate e impedir a apresentação de novas propostas. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** explicou que, conforme a proposta do grupo de ciência e tecnologia, o documento a ser encaminhado à discussão das Conferências Municipais seria elaborado a partir das propostas das Conferências de Saúde e das polêmicas sobre a ciência e tecnologia. Conselheira **Cândida Maria B. Cavalheira** manifestou-se contrária à proposta de não permitir a apresentação de novas propostas na etapa nacional, pois, na sua opinião, era necessário garantir espaço para apresentação e discussão de novas idéias. A propósito, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, esclareceu que o debate na Conferência, que anteriormente acontecia nos Grupos e na Plenária Final, se daria nas Plenárias Temáticas, a partir do Consolidado dos Relatórios das Conferências Estaduais. Feito esse esclarecimento, encaminhou a Questão de Ordem apresentada pelo Conselheiro **Jesus Francisco Garcia**, e verificou que a maioria dos Conselheiros estava esclarecida para votar a proposta. Assim, colocou em votação a proposta do grupo. O Plenário aprovou, com dois votos contrários e uma abstenção, a metodologia das Plenárias Temáticas nas quais os delegados poderão intervir e apresentar destaques (supressivos, aditivos, modificativos), tendo como base o Consolidado dos Relatórios das Conferências Estaduais. Concluído esse ponto, foi iniciada a discussão sobre a definição da delegação da comunidade indígena. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** informou que o grupo de ciência e tecnologia não discutiu a questão. Apesar de destacar que a Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde possuía formato diferente da 12ª Conferência, manifestou-se favorável à participação da comunidade indígena na Conferência. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que o segmento dos usuários possuía 54 vagas que deveriam ser divididas entre as Entidades. Conselheiro **Ary Paliano** defendeu a participação da comunidade indígena em todos os movimentos da saúde, inclusive nas Conferências de Saúde Bucal e Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** fez uso da palavra para ressaltar a necessidade de aprofundar o debate sobre a questão, de forma a definir mecanismos que garantam a participação da comunidade indígena nas diversas instâncias de Controle Social, e a representação dos 34 Distritos Sanitários independentes. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou da complexidade do tema e da exiguidade de tempo para discuti-lo na reunião e, nesse sentido, sugeriu que fosse pautado para ser debatido concomitantemente com as Portarias nºs 69 e 70, que tratam da Política de Saúde Indígena, com a participação de representantes indígenas e FUNASA. Conselheiro **Willian Hossne Saad** aproveitou a oportunidade para informar que a publicação da Resolução da CONEP/CNS, que dispõe sobre pesquisa com povos indígenas, foi possível em virtude da contribuição dos povos indígenas. Disse, ainda, que o número de pesquisas com povos indígenas tem aumentado progressivamente, inclusive sobre saúde bucal. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** explicou que, conforme a Legislação, há 34 Distritos Sanitários Indígenas, com seus respectivos Conselhos deliberativos. Nesse sentido, defendeu

que, ao dividir as vagas por Estados, fossem disponibilizadas, separadamente, 34 vagas para os Distritos Indígenas. Feitas essas considerações, foi acordado que a questão seria retomada no debate sobre definição dos delegados indicados. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, colocou em discussão a proposta do grupo de saúde bucal de aumentar o número de delegados da 3^a Conferência Nacional de Saúde Bucal para 1600. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** explicou que o grupo de saúde bucal não chegou a consenso em relação ao aumento do número de delegados. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** informou que o grupo de ciência e tecnologia decidiu manter o número de 600 delegados, a fim de garantir que a discussão se desse em grupo menor. Além disso, manifestou preocupação com o crescente aumento do número de participantes nas Conferências Temáticas e com a possibilidade de ultrapassar o número de participantes das Conferências Nacionais de Saúde. Conselheiro **Volmir Raimondi** ressaltou que o aumento do número de participantes da Conferência Nacional de Saúde Bucal implicaria em mudanças infra-estruturais e teria impacto no orçamento destinado à realização das Conferências. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** manifestou preocupação com a proposta de aumentar o número de participantes da Conferência, pois poderia dificultar a participação dos delegados estaduais na etapa nacional. Conselheiro **Olympio Távora Correa** disse ser importante promover amplo debate sobre o número de participantes das Conferências Temáticas. Nesse sentido, apresentou a sugestão de as Conferências Temáticas terem, no máximo, 20% do número de participantes das Conferências de Saúde, o que racionalizaria o número de participantes e possibilitaria a realização de outras Conferências essenciais à saúde do povo brasileiro. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** disse ser importante promover amplo debate sobre o papel e o propósito das Conferências Temáticas. Conselheiro **Júlio Strubing Muller Neto** sugeriu que fosse aprovado o número de 600 participantes da Conferência de Ciência e Tecnologia e que o número de participantes da Conferência de Saúde Bucal correspondesse a 20% do número de participantes da 12^a Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** explicou que os grupos não discutiram a proposta de diminuição do número de participantes. Nesse sentido, sugeriu que o Plenário mantivesse o número proposto de participantes das Conferências de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (600) e Saúde Bucal (1090) e pautasse, posteriormente, debate para definir o papel das Conferências Temáticas e o número de participantes. Conselheiro **Olympio Távora Correa** endossou a proposta, no entanto, solicitou que o Plenário marcasse a data para debater o tema. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que a proposta fosse discutida no planejamento das atividades do CNS para 2004. **Após essas considerações, o Plenário aprovou o número de 1090 delegados para a Conferência Nacional de Saúde Bucal; e de 600 delegados para a Conferência de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde.** Definido esse ponto, foi iniciada a discussão sobre a eleição dos delegados para as etapas estaduais e para a etapa nacional da Conferência de Saúde Bucal. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou a proposta de definição de delegados por faixas populacionais, que tinha como base o critério populacional e a paridade da Resolução do CNS nº 333/03 (Anexo I e II da Minuta de Regimento da Conferência de Saúde Bucal, que definem o número de delegados que os Municípios elegerão para a etapa estadual e o número de delegados que os Estados elegerão para a etapa nacional). Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** sugeriu que, a exemplo do que foi feito na 12^a Conferência, fosse definido índice para divisão das vagas por Estados. A propósito, falou sobre a sua proposta de fórmula para definir o número de delegados para a etapa estadual que validava a Resolução do CNS nº 333/03, pois definia cota mínima de 4 delegados por Município. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que seria indicada comissão para articular e acompanhar de forma política os locais que apresentaram polêmicas em relação a 12^a Conferência. A propósito, falou sobre a proposta do grupo de ciência e tecnologia de elaborar documentos com recomendações que auxiliem no processo eleitoral de escolha de delegados para a etapa nacional. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que o Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** apresentasse a proposta de fórmula para definição dos delegados para etapa estadual para subsidiar a discussão e deliberação do Plenário. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** lembrou que o perfil e o público alvo das Conferências Temáticas de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde e Saúde Bucal eram distintos, no entanto, seria necessário definir proposta comum a ambas. Na sua opinião, os Municípios teriam interesse em participar da discussão sobre saúde bucal, considerando o lançamento do Plano Nacional de Saúde Bucal e a série de ações do Governo na área, mas, por outro lado, não teriam tanto interesse em participar do debate sobre ciência e tecnologia. Nesse sentido, defendeu a definição de critério de composição que possibilitasse a inserção dos Municípios no debate sobre ciência e tecnologia. Feitas essas considerações, foi acordado que os Conselheiros **Clóvis A. Boufleur** e **Francisco Batista Júnior** apresentariam proposta de fórmula para cálculo da composição dos delegados da Conferência. Definido esse ponto, A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, falou sobre a polêmica em relação à etapa regional e, nesse sentido, destacou que os dois grupos não eram favoráveis à realização de etapa regional, considerando que poderia prejudicar a

1016 etapa municipal. A propósito, apresentou a proposta de realizar Plenária Regional para eleger os
1017 delegados para a etapa estadual, como alternativa para os Municípios que não realizassem
1018 Conferências Municipais. Frente à preocupação sobre a dificuldade de os Municípios realizarem
1019 Conferências Municipais, apresentou a proposta. A propósito, citou como exemplo a região do ABC
1020 Paulista que possui sete Municípios. Se todos os Municípios realizassem Conferências Municipais, de
1021 acordo com a população, seriam eleitos 44 delegados para a etapa estadual. Caso não fossem
1022 realizadas Conferências Municipais seria utilizado o critério: 3,5 milhões de habitantes, sendo 1
1023 delegado para cada 1 milhão de habitantes. Segundo o critério, deveriam ser eleitos 4 delegados em
1024 Plenária Regional que teria a participação de 4 representantes de cada Conselho Municipal de Saúde.
1025 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** explicou que a Plenária Regional seria acompanhada por
1026 parte do Conselho Estadual de Saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** registrou a ausência
1027 de representantes do CONASEMS e do Ministério da Saúde, o que, na sua opinião, prejudicava o
1028 debate. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** falou sobre a importância de mudar a dinâmica das
1029 Conferências, destacando como elemento importante para isso o processo de incentivo à realização de
1030 Conferência, por parte das instâncias do SUS. Nesse sentido, sugeriu que, além de tabela para escolha
1031 de delegados para a etapa estadual, fosse elaborada tabela para escolha de delegados em Plenária
1032 Regional. Além disso, ressaltou a importância de o CNS estabelecer rede de comunicação com os
1033 Conselhos Estaduais, que seriam os responsáveis por monitorar o processo. A Representante do
1034 Ministério da Educação, **Gilka Starling Diniz** defendeu que fosse garantido o maior número possível de
1035 representantes dos Hospitais Universitários na Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em
1036 Saúde, pois tais instituições eram responsáveis por mais de 90% das pesquisas em incorporação
1037 tecnológica em saúde e assumiram o compromisso de avaliar e incorporar novas tecnologias. **Após**
1038 **essas considerações, o Plenário endossou a proposta de realizar Plenárias Regionais como alternativa**
1039 **para a escolha de delegados para a etapa estadual. Posteriormente, será elaborada tabela com**
1040 **descrição do critério para a definição do número de delegados. Porém, a Comissão de Mobilização e**
1041 **Articulação fará articulação junto aos Conselhos Municipais e Estaduais, no sentido de incentivar os**
1042 **Municípios a realizarem Conferências Municipais.** Definido esse ponto, A Secretaria-Executiva do CNS,
1043 **Eliane Aparecida da Cruz**, colocou em debate a questão das delegações *sub judice*. Citou o caso da
1044 delegação do Estado do Pará que foi credenciada na 12ª Conferência *sub judice*, como alternativa para
1045 garantir a realização da Conferência. Explicou que a sugestão era definir assessoria jurídica para
1046 acompanhar o processo das Conferências, a fim de evitar problemas jurídicos. Conselheiro **Alexandre**
1047 **de Oliveira Fraga** explicou que a sugestão do grupo de ciência e tecnologia era elaborar documento de
1048 recomendações que definisse critérios a serem considerados no processo de eleição de delegados
1049 para a etapa estadual, visando evitar os problemas enfrentados na 12ª Conferência. **Feitas essas**
1050 **considerações, foi acordado que o Regimento Interno não tratará da questão das delegações** *sub*
1051 ***judice*. O assunto será discutido no decorrer do processo de construção das Conferências.** Definida
1052 essa questão, foi iniciada a discussão sobre a escolha dos observadores. A Secretaria-Executiva do
1053 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que em alguns Municípios, os observadores para a etapa
1054 estadual da 12ª Conferência foram eleitos entre os observadores, e em outros, foram escolhidos pelos
1055 delegados. Nesse sentido, disse que a sugestão era definir no Regimento Interno se os observadores
1056 seriam eleitos entre observadores ou entre os delegados. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**
1057 ressaltou que os responsáveis por eleger os observadores eram os delegados, considerando que
1058 possuíam o direito à voz e voto. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que
1059 fosse descrito no Regimento Interno que os observadores para a etapa nacional serão eleitos entre
1060 delegados da etapa estadual. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** lembrou que a eleição dos
1061 observadores não era feita por segmento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que seria
1062 necessário esclarecer se todos os delegados ou somente os observadores poderiam disputar vaga de
1063 observadores na etapa nacional. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou
1064 que os observadores para a etapa nacional deveriam ser eleitos pelos delegados em Plenária. **Feitas**
1065 **essas considerações, foi acordo que será descrito no Regimento Interno que os observadores para a**
1066 **etapa nacional serão eleitos pelos delegados da etapa estadual e poderão se candidatar observadores**
1067 **e os delegados não eleitos para a etapa nacional.** Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** sugeriu que a
1068 Secretaria-Executiva do CNS recuperasse as principais dúvidas apresentadas nos Plantões, realizados
1069 à época do processo de preparação da 12ª Conferência com o propósito de resolver pendências, pois
1070 indicariam os pontos do Regimento Interno que necessitavam ser revistos. A Secretaria-Executiva do
1071 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que para elaboração das Minutas de Regimento Interno das
1072 Conferências foram considerados o Regimento da 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Regimento da
1073 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, e os recursos apresentados na 12ª Conferência.
1074 A propósito do credenciamento de delegados, explicou que o Regulamento define que o
1075 credenciamento dos suplentes será iniciado após o encerramento do horário de credenciamento dos

titulares (será destinado um dia e meio para o credenciamento dos titulares). Encerrou a discussão, esclarecendo que seria necessário definir os anexos I e II, que tratam sobre a distribuição dos delegados, e descrever o funcionamento das Plenárias Regionais. Na tarde do terceiro dia de reunião, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida Cruz**, retomou o debate sobre as Conferências Temáticas para definir os pontos pendentes. Explicou, a princípio, que foi feita comparação das Minutas de Regimento Interno das Conferências de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde e Saúde Bucal e não foi encontrada nenhuma divergência. No entanto, sugeriu que as propostas de Regimento Interno fossem encaminhadas à consulta dos Conselheiros, a fim de receber contribuições. Disse, ainda, que os segmentos teriam de indicar, de forma paritária, 32 nomes para compor as Comissões Organizadoras das Conferências (cada uma terá dezesseis membros), que teriam como primeira tarefa a elaboração de Documento Base que norteará as discussões nas etapas municipais, estaduais e nacional das Conferências. Assim, na Reunião Ordinária de março de 2004 seriam apresentados o Documento Base e a estrutura das Comissões Organizadoras e definido o relator-geral e o relator-adjunto. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** perguntou se as demais Comissões das Conferências seriam eleitas na reunião. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida Cruz**, explicou que a proposta era definir o número de membros da Comissão Organizadora na reunião e eleger as demais Comissões na Reunião Ordinária de março de 2004. Sugeriu que os segmentos indicassem os nomes para compor as Comissões Organizadoras das Conferências até o dia 16 de fevereiro de 2004, a fim de realizar a primeira reunião da Comissão no dia 17 ou 18 de fevereiro de 2004. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** explicou que a elaboração do Documento Base não era uma tarefa simples, considerando que demandava tempo, pesquisa, e o envolvimento de várias pessoas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** falou sobre a dificuldade de definir a estrutura da Comissão Organizadora e elaborar o Documento Base antes da próxima Reunião do CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** ressaltou que a conclusão do Relatório Final da 12ª Conferência, que apontaria diretrizes para as Conferências temáticas, era uma dificuldade anterior que deveria ser considerada. Além disso, falou sobre a dificuldade do segmento dos usuários em indicar os 16 representantes para compor a Comissão Organizadora até o dia 16 de fevereiro de 2004. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** chamou atenção para a necessidade de agilizar o processo de preparação do Documento Base que deverá ser discutido nas Conferências Municipais. Nesse sentido, endossou o encaminhamento de definir prazo para a indicação dos membros das Comissões Organizadoras e data da primeira reunião. Reconheceu a dificuldade de concluir Documento até a próxima Reunião e, nesse sentido, sugeriu que fosse definida estrutura, utilizando como subsídios as deliberações da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e a Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, para ser apresentada na próxima Reunião Ordinária do CNS. Conselheira **Rosane Lowenthal** manifestou preocupação com a proposta de elaborar o Documento Base antes de realizar a avaliação 12ª Conferência e de concluir o Relatório Final. Conselheiro **Jorge Pereira Nascimento** sugeriu que a Comissão Organizadora elaborasse Documento Base, sem caráter conclusivo, que seria divulgado em versões. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** disse que a proposta de elaborar Documento Base em constante construção era interessante, no entanto, poderia causar problemas nos Municípios e Estados como debates feitos com base em uma versão já modificada. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que a sugestão era de que o Documento Base apresentasse histórico da Política; as deliberações das Conferências Temáticas anteriores e as deliberações das Conferências de Saúde sobre o tema, em especial da 12ª Conferência; a atual conjuntura, considerando o Programa de Governo; e propostas que poderiam ter caráter distinto, considerando que o objetivo era provocar o debate na base. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que, após discussão, o grupo de saúde bucal apresentou a sugestão de o Coordenador-Geral da Conferência ser um membro da Comissão Organizadora. Para isso, seria necessário destinar uma das quatro vagas destinadas a prestadores de serviço e gestores para o Coordenador-Geral. A Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde teria dois Coordenadores Adjuntos: um representante do Ministério da Educação e outro representante do Ministério da Ciência e Tecnologia. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que, no dia anterior, o Plenário aprovou que fariam parte da Secretaria-Executiva da Conferência o Coordenador-Geral; o Coordenador Adjunto; o Secretário Geral e o Secretário Adjunto. O relator-geral faria parte da Comissão de Relatoria, que estaria ligada à Comissão Organizadora. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** disse que não seria necessário ter um Coordenador Adjunto na Comissão Organizadora, considerando que a Comissão Executiva já possuía um Coordenador Adjunto. A propósito, sugeriu que os membros indicados a participar da Comissão Organizadora definissem proposta de estrutura da Comissão para ser apresentada na próxima Reunião do CNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que a Comissão Organizadora teria a função de discutir o andamento das Conferências, assim, necessitava de um Coordenador Adjunto para fazer a interlocução entre o CNS e o Ministério da Saúde. Disse que a

1136 Comissão-Executiva teria o papel de executar as decisões do CNS, assim, não necessitava de
1137 Coordenador Adjunto. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que a
1138 Comissão Organizadora debatesse a proposta apresentada pela Conselheira **Graciara Matos de**
1139 **Azevedo**, considerando o relator como um dos dezesseis membros da Comissão Organizadora, e
1140 apresentasse sugestão de estrutura para a Comissão Organizadora na próxima Reunião. **Após essas**
1141 **considerações, foi acordado que os segmentos deverão indicar, de forma paritária, 32 nomes para**
1142 **compor as Comissões Organizadoras das Conferências (cada uma terá dezesseis membros) até o dia**
1143 **16 de fevereiro de 2004, a fim de possibilitar a realização da primeira reunião da Comissão na data**
1144 **indicativa de 17 de fevereiro de 2004. Na Reunião Ordinária de março de 2004, o Plenário definirá a**
1145 **composição das demais Comissões e a estrutura da Comissão Organizadora, e indicará os relatores**
1146 **das Conferências.** Definido esse ponto, passou a palavra ao Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** para que
1147 apresentasse a proposta de fórmula para cálculo da composição de delegados das Conferências.
1148 Segundo o Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**, a fórmula buscava resolver o problema da definição dos
1149 delegados das Conferências Temáticas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e de
1150 Conferências futuras. Para a etapa nacional, o teto de delegados seria dividido pela população total que
1151 resultaria em índice que define representação do delegado em relação à população. Exemplo: 12ª
1152 Conferência Nacional de Saúde - 3.000 delegados: 3000 delegados dividido por 167 milhões habitantes
1153 resultava no índice de 55.600. Para encontrar o total de vagas do Estado divide-se a população do
1154 Estado pelo índice. Exemplo: 37 milhões (São Paulo) dividido por 55.600 é igual a 664 delegados na
1155 etapa nacional. Para a etapa municipal, seria utilizado o princípio de que todo Município teria direito a,
1156 no mínimo, 4 vagas, a fim de garantir a paridade. Assim, o teto mínimo da Conferência teria de ser o
1157 número de municípios multiplicado por 4. A partir da estrutura, divide-se o número mínimo de
1158 delegados pelo total da População do Estado para obter o índice que define a representação do
1159 delegado em relação à população. Exemplo: Estado de São Paulo que possui 644 Municípios: **a)** 644
1160 municípios multiplicado por 4 é igual a 2.576 (número mínimo de delegados); **b)** 2.576 delegados
1161 dividido por 37 milhões habitantes é igual ao índice de 14.360 (que cada delegado representa no
1162 Estado). O índice possibilita definir o número de delegados que cada Município deverá indicar para a
1163 etapa estadual: população do Município dividido pelo índice é igual ao total de vagas do município.
1164 Exemplo: 10.434.000 (Município de São Paulo) dividido pelo índice de 14.360 é igual ao total de 724
1165 delegados na etapa estadual. O ajuste elevaria o teto de mínimo de 4 delegados por Município para
1166 4.084. Utilizando a mesma lógica, a Conferência Temática se daria da seguinte maneira: teto mínimo
1167 de 20% de delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde na etapa nacional resultaria em 600
1168 delegados para a Conferência Temática. Exemplo: 600 delegados dividido por 167 milhões de
1169 habitantes resultava no índice de 278.000. Em seguida, divide-se a população do Estado pelo índice,
1170 resultando no total de delegados do Estado. Exemplo: 37 milhões (São Paulo) dividido pelo índice de
1171 278.000 é igual a 132 delegados na etapa nacional. Na etapa estadual, seria utilizada a mesma lógica:
1172 teto de 20% de delegados da Conferência Estadual de Saúde (4.000 no total) resulta no teto de 816. O
1173 teto de 816 delegados na Conferência dividido por 37 milhões habitantes é igual ao índice de 45.431. A
1174 partir daí divide-se a população do Município pelo índice, o que resulta no total de delegados do
1175 Município. Exemplo: 10.434.000 (Município de São Paulo) dividido pelo índice de 45.431 é igual a 228
1176 delegados na etapa estadual. Segundo o Conselheiro, foram feitas simulações na planilha e, apesar de
1177 apresentar pequenos problemas em relação a ajustes, a fórmula era objetiva e poderia auxiliar na
1178 definição do número de delegados. Concluída a apresentação, a Conselheira **Oraida Maria de Abreu G.**
1179 **dos Santos** aproveitou a oportunidade para informar que foi distribuída aos Conselheiros a publicação
1180 *Igualdade de Gênero e HIV/AIDS – uma Política para construir da Rede Feminista de saúde*. A
1181 Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que seria necessário definir o número
1182 de delegados do Município para o Estado, e, a propósito, disse que o Plenário teria de avaliar e decidir
1183 sobre as propostas apresentadas: divisão por faixas populacionais; e divisão do número de habitantes
1184 do Estado pelo número de Municípios, considerando o teto mínimo de 4 vagas por Município.
1185 Conselheiro **Walmer José da T. Urtiga** disse que, conforme a proposta apresentada pelo Conselheiro
1186 **Clóvis A. Boufleur**, Estados como São Paulo e Minas Gerais teriam um número muito expressivo de
1187 vagas, o que resultaria em grande concentração de delegados de determinados Estados em relação a
1188 outros. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** disse que seria necessário definir também teto
1189 máximo de vagas por Município, a fim de manter equilíbrio no processo de divisão das vagas entre os
1190 Estados. Conselheiro **Alexandre Oliveira Fraga** explicou que na grande maioria dos Estados, os
1191 Municípios não realizavam Conferências Municipais, mas sim reuniões regionais para escolha dos
1192 delegados para a etapa estadual. Nesse sentido, propôs que o número de vagas dos Municípios que
1193 não realizarem Conferências Municipais fosse reduzido pela metade. Conselheiro **Francisco Batista**
1194 **Júnior** destacou que o modelo utilizado atualmente para a divisão das vagas era problemático e
1195 precisava ser revisto. Nessa linha, sugeriu que o Plenário aprofundasse o debate sobre a proposta

apresentada pelo Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**, que, na sua opinião, possuía caráter democrático e apontava caminhos no sentido de resolver os conflitos na relação das Capitais com o interior. Explicou, ainda, que a proposta possuía um teto máximo que era definido a partir da população do Estado. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que o teto mínimo de 4 delegados por Municípios valeria para os Municípios que realizassem Conferências Municipais. Os Municípios que decidissem por realizar Plenárias Regionais teria o número de vagas reduzido de forma drástica. Nesse sentido, enfatizou que a discussão deveria ser voltada à utilização do critério populacional para a divisão das vagas, tendo como teto mínimo 4 delegados (paridade). Sugeriu que o Plenário trabalhasse com a proposta do Anexo I, que aponta o número mínimo e máximo de vagas por Municipais, e que possibilitaria construir a tabela das Plenárias Regionais. A propósito da eleição dos delegados estaduais para a etapa nacional, lembrou que a sugestão era formar grupos de trabalhos para acompanhar os Estados que nas últimas Conferências apresentaram problemas relativos à divisão de vagas. Nessa linha, sugeriu que a proposta apresentada pelo Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** fosse debatida para as Conferências futuras. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** propôs que o Plenário, considerando a urgência de aprovar e disponibilizar o Regimento Interno das Conferências de Saúde Bucal e Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, aprovasse a proposta do Anexo I e discutisse a proposta apresentada pelo Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** para as Conferências de Saúde do Trabalhador e Recursos Humanos. Sugeriu, ainda, que no Regimento Interno fossem definidos critérios para divisão de vagas para os Municípios que não realizassem Conferências Municipais. Conselheiro **Alexandre Oliveira Fraga** retomou a proposta de reduzir em 50% o número de vagas dos Municípios que não realizassem Conferências Municipais como forma de incentivar a realização de Conferências Municipais. **Após essas considerações, o Plenário aprovou os Anexos I e II da Proposta de Regimento da 2ª Conferência de Ciência e Tecnologia**, que dispõem sobre o número de delegados que os Municípios deverão eleger para a etapa estadual e sobre a distribuição de delegados estaduais por Unidade Federada, segundo critério populacional e paridade da Resolução nº 333/03; e os Anexos I e II da Proposta de Regimento da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, que dispõem sobre o número de delegados que os Municípios deverão eleger para a etapa estadual e sobre a distribuição de delegados estaduais por Unidade Federada, segundo critério populacional e paridade da Resolução nº 333/03. Foi decidido, ainda, que o número de vagas dos Municípios que não realizarem Conferências Municipais será reduzido em 50%. Além disso, o número de vagas dos Municípios do PDR que realizarem Conferências Municipais para eleger os delegados será descontado do total de vagas destinado aos Municípios que optarem por realizar plenárias regionais para a eleição de delegados para a etapa estadual. A proposta será descrita e encaminhada à consulta dos Conselheiros. Definido esse ponto, foi iniciada a discussão sobre o local e data da realização das Conferências de Saúde Bucal e Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. A assessora da ASCOM, **Marylene Rocha de Sousa**, apresentou os possíveis locais para a realização das Conferências, conforme orientação sobre datas e Estados, sendo: **a) Brasília: Expo Brasília; Academia de Tênis; Universidade de Brasília - UnB; e Faculdade IESB;** **b) Goiás/Goiânia: Centro de Convenções;** **c) São Paulo: Hotel Renassence; USP; e Centro de Convenções Mendes Convention Center;** **d) Guarapari: Centro de Convenções do SESC;** e **e) Rio de Janeiro: Rio Center, Hotel Glória; e Hotel Cheraton.** Chamou atenção para a dificuldade de encontrar locais para a realização de eventos em todo o país e para a necessidade de realizar a reserva o mais rápido possível. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** explicou que o local para a realização das Conferências teria de ter, além do local para os 600 e para os 1.090 delegados, dois auditórios para 500 pessoas. Perguntou, ainda, se na escolha dos locais foi considerado o acesso aos portadores de deficiência. A assessora da ASCOM, **Marylene Rocha de Sousa**, explicou que o Rio Centro e o Centro de Convenções de Goiânia teriam auditórios para grupos de 500 pessoas. Além disso, informou que o acesso dos portadores de deficiência foi um dos critérios utilizados para a seleção dos locais. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** disse que o local para a realização das Conferências Temáticas teria de ter três auditórios com 300 lugares, um auditório com mil lugares e um auditório com 600 lugares. Na sua opinião, as Conferências deveriam ser realizadas em Brasília, onde está localizada a sede do CNS. Em resposta, a assessora da ASCOM, explicou que apenas Brasília, Goiânia e Rio de Janeiro possuíam locais com os espaços apontados como necessários à realização das Conferências. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** explicou que seriam necessários quatro auditórios de 300 lugares e não três. Sugeriu que fosse definido local para realização das Conferências que possuísse os espaços necessários e pudesse hospedar os delegados, o que diminuiria os custos e evitaria problemas com locomoção dos delegados. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apelou para que as Conferências fossem realizadas em Brasília, onde se encontra toda a estrutura da Secretaria-Executiva do CNS. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, perguntou se o Plenário concordava com a proposta de realizar as Conferências na Academia de Tênis, sendo Saúde Bucal no *Americel Hall* e Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no *Park Fair*. Além

disso, consultou o Plenário se havia concordância sobre a data de 01 a 04 de julho de 2004. O Plenário decidiu que a etapa nacional das Conferências de Saúde Bucal e Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde será realizada concomitantemente na Academia de Tênis, Brasília – DF, na data de 01 a 04 de julho de 2004. II. Conferência Nacional de Recursos Humanos – Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** lembrou que o Plenário não deliberou por adiar a Conferência Nacional de Recursos Humanos, mas sim, por definir a questão na Reunião Ordinária de fevereiro de 2004, a fim de possibilitar consulta às bases. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que a proposta de adiamento da Conferência de Recursos Humanos foi discutida no FENTAS e o segmento dos trabalhadores não manifestou apoio formal à proposta. Além disso, sugeriu que o Plenário referendasse a indicação do Coordenador de Saúde Bucal **Gilberto Pucca** para Coordenador-Geral da Conferência, considerando que a questão foi colocada no grupo de saúde bucal e não houve posição contrária. Conselheira **Maria Natividade G. S.T. Santana** sugeriu que o Plenário deliberasse sobre o adiamento da Conferência Nacional de Recursos Humanos e o referendo à indicação do Coordenador de Saúde Bucal **Gilberto Pucca** para Coordenador-Geral da Conferência na próxima Reunião do CNS, considerando a falta de quorum para deliberação. O Plenário decidiu manter o encaminhamento de indicar o adiamento da Conferência de Recursos Humanos para o primeiro semestre de 2005, considerando que os segmentos discutirão a proposta de adiamento junto às bases e apresentarão posicionamento na próxima Reunião do CNS. III. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – O Plenário aprovou a proposta da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST/CNS) de realizar Seminário Nacional de Saúde do Trabalhador nos dias 19, 20 e 21 de maio de 2004, com a participação de 250 delegados, mais os membros titulares e suplentes da CIST nos Estados, que será a primeira etapa de preparação da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, programa para ser realizada no primeiro semestre de 2005. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** aproveitou a oportunidade para solicitar à Secretaria-Executiva que o horário das passagens dos Conselheiros fosse marcado após o término da reunião, a fim de evitar o esvaziamento do Plenário no final do segundo dia de reunião. A propósito, citou o caso da Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** que teve sua passagem marcada para as 7 horas da manhã do dia 6 de fevereiro de 2004. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** endossou à solicitação do Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**, e ressaltou que o esvaziamento do Plenário prejudicava os trabalhos do Conselho. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** falou sobre o problema do esvaziamento do Plenário, e, a propósito, informou que na próxima reunião, caso verificasse a falta de quorum, se retiraria a fim de não legitimar a situação. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que o pedido de marcação de passagens poderia ser feito com antecedência, no entanto, a empresa *Boing* emitia as passagens apenas com 72 horas antes da data do vôo. A propósito, apresentou a sugestão de realizar pesquisa entre os Conselheiros, no sentido de verificar o melhor horário para a marcação de passagem. Registrhou pedido de desculpas à Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**, que teve sua passagem marcada para as 7 horas da manhã do último dia de reunião. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** falou que nos dois últimos meses não teve problemas com marcação de passagens. Sugeriu que fosse dada preferência aos vôos da empresa área *Tam*, considerando que os Conselheiros têm tido problema com os vôos da *Varig*. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** ressaltou que a Secretaria-Executiva do CNS, bem como a equipe responsável por marcar as passagens dos Conselheiros, não eram os responsáveis pelo esvaziamento do Plenário. ITEM 06 – PLANEJAMENTO DO CNS – A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou, a princípio, que o processo de planejamento das atividades do CNS contaria com o apoio de equipe técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) que seria responsável por apresentar a metodologia para o processo de planejamento e assessorar os Grupos de Trabalho. Em seguida, lembrou que o mandato atual do CNS foi iniciado em 1º de setembro de 2003 e terminaria em fevereiro de 2005. Assim, o planejamento deveria ter por base a data de fevereiro de 2005. Feito esse esclarecimento inicial, apresentou documentos que serviriam de base para o Planejamento de 2004, sendo: a) *Planejamento do CNS do ano de 2003*, definido em abril de 2003, que dispõe sobre as prioridades definidas, os resultados, as ações, e o balanço; b) documento do GT de Avaliação de Desempenho e Planejamento do Conselho Nacional da Saúde – *Avaliação Interna para a Gestão do CNS*; e c) Relatório dos Grupos de Trabalho do Planejamento de 2003. Em seguida, apresentou o balanço das principais prioridades e ações do Planejamento do CNS de 2003: I. Fortalecimento do Controle Social: a) Plano Nacional de Saúde: definir diretrizes do PPA até maio de 2003 - realizado; programar discussões sobre Plano Nacional da Saúde (PNS) - não realizado; aprovação do PNS até setembro de 2003 - agendado para abril de 2004; criar instrumentos de monitoramento até maio de 2004 - não realizado; b) Fortalecer o Sistema de Conselhos de Saúde: criar rede orgânica de articulação de Conselhos nas três esferas - não realizado; articular alianças estratégicas intra e intersetoriais - realizado; aperfeiçoar e intensificar o sistema de comunicação entre os Conselhos e a sociedade - parcialmente realizado; criar mecanismos para assegurar o

funcionamento dos Conselhos - realizado por meio da Resolução nº 333; **c)** Assegurar o caráter deliberativo dos Conselhos - parcialmente realizado; **d)** Capacitação de Conselheiros - não realizado. **II. Prioridades do CNS para 2003:** **a)** Organização do CNS: Revisão da Resolução do CNS nº 33/92 - realizado; Aprovação do Regimento Interno - adiado; Lei de Criação do CNS - não realizado; pautar pendências para a reunião seguinte, evitando solução de continuidade - parcialmente realizado; reativação da comunicação social - parcialmente realizado; discussões permanentes sobre a conjuntura política e econômica - parcialmente realizado; **b)** Financiamento e Processo Orçamentário: participar e acompanhar o PPA - realizado; participar e acompanhar a execução orçamentária - realizado; **c)** Efetivação e acompanhamento da avaliação permanente do SUS - não realizado; **d)** Discussão e deliberação sobre os modelos de atenção segundo os princípios do SUS: acompanhar o impacto da ação, definindo indicadores - não realizado; e **e)** Atividades de Controle Social: 12ª Conferência - realizada; 12ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde - adiada; e 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica - realizada. **III. Prioridades de Funcionamento do CNS:** **a)** Sistema de Comunicação interna e externa: reativar a Comunicação com assessoria - parcialmente realizado; **b)** Reestruturação da Assessoria Técnica/Administrativa: definir estrutura organizacional da Secretaria-Executiva - parcialmente realizado; **c)** Estrutura Física: apresentar readequação do Plano de Reestruturação do Espaço Físico do CNS pelo Ministério da Saúde - realizado; **d)** Avaliar a estrutura, organização e funcionamento de Comissões e GTs do CNS: criação de GT intercomissão - não realizado; reativar a Comissão de Usuários - não realizado; **e)** Normatização: Aprovar o Regimento Interno - adiado; Propor Lei de Criação do CNS - não realizado; **f)** Rever Financiamento do CNS: criar unidade orçamentária própria; rever os convênios; apresentação da execução orçamentária ao Pleno - parcialmente realizado. Feita essa apresentação, destacou prioridades que deveriam ser contemplada no Planejamento 2004, a saber: Plano Nacional de Saúde (aprovação em abril de 2004); Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29; Estatuto Eleitoral do CNS; Reorganização de Comissões e GTs; Conferências Temáticas; Revisão Normativa relacionada à gestão do SUS (NOB, NOAS, Tripartite). Concluída a apresentação do balanço, passou a palavra ao assessor do IPEA, **Ademar Sato**, para apresentação da proposta de metodologia para o planejamento 2004. O assessor do IPEA, **Ademar Sato**, cumprimentou o Plenário e apresentou metodologia para definição do Planejamento das Atividades do CNS para 2004, que era composta de três etapas, sendo: 1ª - Definição de Prioridades; 2ª - Definição dos Resultados esperados; e 3ª - Definição das Ações (estratégias) para alcançar os resultados esperados e prazos. Para isso, explicou que os Conselheiros deveriam se organizar em quatro grupos. Cada membro do Grupo deveria apresentar três prioridades para 2004, considerando o balanço das atividades do CNS em 2003 e as demandas do contexto atual. As prioridades levantadas seriam agrupadas, posteriormente, em Plenário. Para a segunda etapa de trabalho, deveriam ser formados quatro grupos para aprofundar o debate sobre as prioridades, com definição de resultados esperados e estratégias. Antes de iniciar os trabalhos de grupo a Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**, solicitou à Secretaria-Executiva do CNS que verificasse as representações que participariam do planejamento das atividades do CNS para 2004, a saber: **a)** segmento dos trabalhadores: **Francisco Batista Júnior; Alexandre de Oliveira Fraga; Graciara Matos de Azevedo; Maria Natividade G. S. T. Santana; Rosane Maria Nascimento da Silva; Neimy Batista das Silva, Noemy Yamaguishi Tomita; Solange Gonçalo Belchior; e Francisco das Chagas Monteiro;** **b)** segmento dos usuários: **Carlos Alberto E. Duarte, Clóvis A. Boufleur; Fernando Luiz Eliotério; João Donizeti Scaboli; Jesus Francisco Garcia; Jorge Nascimento Pereira; Lílian Aliche; Rui Barbosa da Silva; Maria Helena Baumgarten; Maria Leda de R. Dantas; Moisés Goldbaum; Oraida Maria de A. G. dos Santos; Cândida Maria B. Cavalheira; Nildes de Oliveira Andrade; Rosane Lowenthal; Volmir Raimondi; e Willian Saad Hossne; e Ary Paliano.** Gestores e prestadores de serviço: **Gilka Starling Diniz; e Fernando Passos C. de Barros.** Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** registrou a ausência da Bancada do Ministério da Saúde o que, na sua opinião, prejudicaria o processo de planejamento das atividades do CNS para 2004. Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** registrou a ausência dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social. Feitas essas considerações, os quatro grupos, formados aleatoriamente, reuniram-se para definir as prioridades do CNS para 2004, com assessoria de técnicos do IPEA e apoio de técnicos da Secretaria-Executiva do CNS. Concluído os trabalhos de grupo, os Conselheiros se reuniram em Plenário e submeteram à apreciação do Plenário os resultados do trabalho dos grupos, a saber: **Grupo 01 - Prioridades:** 1. Funcionamento dos Conselhos de Saúde: **a)** Capacitação Permanente de Conselheiros e Promotores de Justiça; **b)** Aumentar a participação popular no SUS (além dos Conselhos e Conferências); **c)** reformular o Sistema de comunicação interna e externa; **d)** Estruturar o funcionamento da assessoria e das comissões; **e)** Preparar as Conferências Temáticas; e **f)** Eleição de Conselheiros/Criação do Conselho por Lei; 2. Organização dos Serviços de Saúde: **a)** Plano Nacional de Saúde; **b)** Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional; e **c)** Discussão e deliberação sobre os modelos de atenção e organização dos serviços; 3. Definir Plano de

Carreira, Cargos e Salários para os trabalhadores do SUS. **Grupo 02** – Prioridades: 1. Capacitação para o controle social – conselheiros e comunidade; 2. Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29; 3. Assegurar o caráter deliberativo dos conselhos; 4. Fortalecer o sistema de conselhos de saúde; 5. Estabelecer critérios e parâmetros para criação de novos cursos, abertura de vagas, carga horária, avaliação dos cursos existentes; 6. Discutir o Plano Nacional de Saúde; 7. Garantir que os Programas e Políticas do Ministério da Saúde (Gestão do SUS) sejam, *a priori*, submetidos à apreciação do CNS; 8. Criação de mecanismos de avaliação da implantação e desenvolvimento das ações de saúde das Políticas Públicas, por meio de indicadores de resultados. **Grupo 03** – Prioridades: 1. Lei de Criação do CNS - Estatuto e/ou Regimento Eleitoral; 2. Fortalecer o Controle Social – Ações: Capacitação de Conselheiros; e Conferências de Saúde; 3. Plano Nacional de Saúde; 4. Discussão e deliberação sobre modelos de atenção, segundo os princípios do SUS; 5. Regimento do CNS; 6. Regulamentação da EC nº 29/2000; 7. Cumprimento da Lei nº 8.080/90, art. 26 (valores para contratos e convênios); 8. Regulamentação e Reestruturação; 9. Política Nacional de Saúde da População Rural; 10. Política Nacional de Saúde da População Negra; 11. Política Nacional de Saúde da População Indígena; 12. Normatização. **Grupo 04** – Prioridades: 1. Controle Social: a) Fortalecimento do Controle Social; b) Alianças estratégicas intra e intersetorial; c) Efetivação e acompanhamento da avaliação permanente do SUS; e d) Fortalecimento dos Conselhos de Saúde, assegurando o caráter deliberativo; 2. Emenda Constitucional nº 29: a) Regulamentação (prioridade até 2004); b) financiamento do SUS; e c) defesa da mobilização para aprovação da Emenda (assegurar Legislação; 3. Organização, Gestão e Funcionamento do CNS: a) Organização e função do CNS; b) reativação da Comissão de Comunicação Social do CNS; c) Lei de Criação do CNS; e d) Educação Permanente para Conselheiros de Saúde – Nacional, Estadual e Municipal; 4. Política Nacional: a) Cartão SUS (implantação, implementação, acompanhamento pelo CNS); b) implementação das deliberações da 12ª Conferência Nacional da Saúde e da 1ª Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica; c) aprovação do Plano Nacional de Saúde; d) fortalecimento da gestão nacional do SUS; e) discussão e deliberação sobre os modelos de atenção, segundo os princípios do SUS; f) inclusão da saúde como disciplina obrigatória nos currículos escolares em todos os níveis; g) eliminação da hanseníase (aprovação da Política e engajamento no processo); e h) Estatuto do Idoso. Após a apresentação das prioridades levantadas pelos grupos, o Assessor do IPEA, **Ademar Sato**, iniciou a segunda etapa do planejamento, que consiste na definição de quatro temas específicos, a partir das prioridades apresentadas pelos grupos, e constituição de quatro grupos temáticos para aprofundar o debate sobre os temas e definir metas. Após sugestões, os Conselheiros definiram os seguintes eixos temáticos prioritários: 1. *Política Nacional da Saúde*; 2. *Organização, gestão e funcionamento do CNS*; 3. *Emenda Constituição nº 29/Financiamento*; e 4. *Fortalecimento do Controle Social*. Em seguida, os Conselheiros organizaram-se em quatro grupos cada um responsável por discutir e definir metas para um eixo temático. Os grupos reuniram-se no final da tarde do segundo dia de reunião. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou os trabalhos do terceiro dia de reunião que teve como primeiro ponto a apresentação do resultado dos trabalhos dos grupos sobre os eixos temáticos, a saber: **Grupo 01. Política Nacional da Saúde**. Participantes: **Alexandre de Oliveira Fraga, Oraida, Maria Natividade Santana, Maria Leda e Geraldo Adão**. Assessoria Técnica: **Alessandra (SE/CNS); Gleude (SE/CNS); e Jannayna (SE/CNS)**. Facilitador: **Herton** (IPEA). Prioridades: 1. Plano Nacional de Saúde - Resultado: implementação; 2. Discussão e deliberação sobre os modelos de atenção e organização dos serviços - Resultado: em aberto; 3. Definir plano de carreira, cargos e salários para os trabalhadores do SUS – Resultado: implantação; 4. Estabelecer critérios e parâmetros para criação de novos cursos, abertura de vagas, carga horária e avaliação dos cursos existentes – Resultado: Qualidade do ensino de graduação e pós-graduação na área de saúde; 5. Criação de mecanismos de avaliação da implantação e desenvolvimento das ações de saúde das Políticas Públicas, por meio de indicadores de resultados – Resultados: Inversão e Aprovação dos parâmetros adotados atualmente para avaliação da assistência à saúde; 6. Cumprimento da Lei nº 8.080/90, art. 26 - Resultado: Cumprimento do art. 26; 7. Política Nacional de Saúde – População Negra, Indígena e Rural – Resultado: Equidade na assistência à saúde das populações; 8. Fortalecimento da Gestão Nacional do SUS – Resultado: Melhoria da saúde da população brasileira; 9. Eliminação da Hanseníase – Resultado: Acelerar a eliminação da Hanseníase; 10. Inclusão da Saúde como disciplina obrigatória nos currículos escolares em todos os níveis - Resultado: Melhoria do padrão de educação em saúde da população brasileira; 11. Implementação das deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica - Resultado: Implementação das propostas oriundas 12ª Conferência Nacional de Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica; 12. Estatuto do Idoso – Resultado: Cumprimento do Estatuto do Idoso. **Grupo 02. Organização, gestão e funcionamento do CNS**. Participantes: **Carlos Alberto Ebeling Duarte; Francisco Batista Júnior; Graciara Matos de Azevedo; Lilian Alicke; Moisés Goldbaum; e Rosane Lowenthal**. Facilitador: **Bernardo Loureiro**

1436 (IPEA). Assessoria técnica: **Lúcia Maria Costa Figueiredo (SE/CNS); Denise de Paula Cardoso**
1437 (**SE/CNS**); e **Luciano Chagas Barbosa (SE/CNS)**). Prioridades: 1. Criação do CNS por Lei – Meta:
1438 Anteprojeto de Lei – até dezembro de 2004; 2. Regimento Eleitoral - Meta: Processo Eleitoral, seguindo
1439 as orientações da 12ª Conferência Nacional de Saúde – até dezembro de 2004; 3. Estruturar o
1440 funcionamento das assessorias e comissões - Meta: Reestruturação das comissões do CNS – até abril
1441 de 2004; 4. Reorganizar o sistema de comunicação interna e externa - Meta: Comunicação e
1442 intercâmbio intra e intersetorial – até setembro de 2004; 5. Capacitação de conselheiros - Meta: Plano
1443 de Capacitação Permanente de Conselheiros – até julho de 2004; 6. Assegurar o caráter deliberativo
1444 dos conselhos - Meta: Plano de estratégias políticas – ação permanente; 7. Fortalecer o sistema de
1445 conselhos de saúde - Meta: Comunicação e intercâmbio intra e intersetorial; 8. Plano de estratégias
1446 políticas; 9. Regimento Interno do CNS - Meta: Aprovação do Regimento Interno do Conselho – até
1447 agosto de 2004; 10. Alianças intra e intersetoriais - Meta: Comunicação e intercâmbio intra e
1448 intersetorial. **Grupo 03.** *Emenda Constituição nº 29/ Financiamento* – Prioridades: 1. Emenda
1449 Constitucional nº 29 - Metas: Regulamentar a EC nº 29 até final de abril de 2004; e Estabelecer
1450 estratégias de implementação da EC nº 29; 2. Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO – Meta: Receber
1451 propostas com antecedência para análise criteriosa; 3. Lei Orçamentária – LO – Meta: participar da
1452 elaboração e acompanhar a execução em 2004; 4. Modalidades de pagamento – Meta: definir critérios
1453 de normatização estabelecidos pelo SUS. **Grupo 04.** *Fortalecimento do Controle Social*. Participantes:
1454 **Solange Gonçalo Belchior**, **Rosane Maria Nascimento**; **Jorge Nascimento Pereira**; **Maria Helena**
1455 **Baumgarten**; **Nildes de Oliveira Andrade**; e **Ary Paliano**. Assessoria Técnica: **Eliane Aparecida da Cruz**
1456 (**SE/CNS**); **Vladimir Dantas (SE/CNS)**; e **Maicon Vinicius (SE/CNS)**. Prioridades: 1. Conselhos de
1457 Saúde/funcionamento do CNS – Metas: Delimitar os espaços e limites de ação entre o CNS e a
1458 Secretaria de Gestão Participativa do MS; Construir o Regimento Eleitoral do CNS; propor Lei de
1459 criação dos CNS ao Congresso Nacional; 2. Comissões – Ação: Reativar a Comissão de Comunicação
1460 Social – Metas: Ativar o GT de Avaliação das Comissões do CNS, com definição de regras para criação
1461 de novas comissões; rever a indicação de componentes e coordenadores; criar limites máximos para o
1462 total das Comissões; reestruturar assessorias para comissões do CNS; Garantir a prestação de contas
1463 mensal de GTs e comissões periodicamente. 3. Capacitação de Conselheiros para o exercício da
1464 função – Ações: Aproveitar o conhecimento e experiência dos Conselheiros já capacitados no processo
1465 de planejamento e desenvolvimento dos cursos (método construtivista); instituir mala direta após
1466 cadastro de Conselheiros (DATASUS) – Metas: Capacitação permanente e contínua de conselheiros
1467 adequada às funções; articulação do CNS com todos os Conselhos e Conselheiros Municipais e
1468 Estaduais. 4. Conferências – Ações: Motivar discussão Nacional por meio de Conselhos e da Plenária
1469 de Conselheiros; garantir que a realização de Conferências Municipais e Estaduais paritárias e
1470 democráticas seja condição da habilitação do Município ou Estado na Gestão – Metas: Reformulação
1471 dos métodos atuais de organização das Conferências de Saúde; garantir a realização de Conferências
1472 em todos os níveis antes das etapas Nacionais. 5. Participação Popular no SUS – Ações: Divulgação
1473 ampla dos direitos do cidadão à saúde e das formas de participar do Controle Social, utilizando os
1474 meios de comunicação; estimular a discussão sobre saúde em grupos populacionais organizados
1475 formalmente – Metas: ampliar a participação da sociedade SUS formal e informalmente, para além do
1476 Controle Social institucionalizado. Após apresentação das prioridades levantadas pelos grupos, o
1477 Assessor do IPEA, **Ademar Sato**, falou sobre a importância do Conselho no cenário atual, considerando
1478 que era um paradigma para outros setores. Nesse sentido, disse que seria necessário redefinir as
1479 metas com mais precisão e objetividade, com definição de prazos, a fim possibilitar à Secretaria-
1480 Executiva do CNS a definição de ações para implementá-las. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**
1481 **Aparecida da Cruz**, explicou que a partir das metas seria definido o planejamento orçamentário do
1482 CNS, a ser apresentado na próxima Reunião do CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** disse
1483 que o Plenário era o responsável por definir as metas, que seriam implementadas com o apoio da
1484 Secretaria-Executiva. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** disse que a expectativa dos
1485 Conselheiros era de definir as ações e os prazos em Plenário. A propósito do planejamento, disse que
1486 seria necessário contratar equipe de assessoria técnica capacitada para elaborar documentos para as
1487 Comissões do CNS criadas por Lei. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
1488 ressaltou que o papel da Secretaria-Executiva era assessorar e implementar as decisões do Plenário
1489 do CNS. Assim, sugeriu que o Plenário definisse os prazos para implementar as prioridades. O
1490 Assessor do IPEA, **Ademar Sato**, sugeriu que os grupos 1, 3 e 4 se reunissem novamente para definir
1491 os prazos para implementação das prioridades, a exemplo do que foi feito pelo grupo 2. Conselheiro
1492 **Alexandre de Oliveira Fraga** discordou da proposta e sugeriu que a discussão fosse feita em Plenário,
1493 considerando a exigüidade de tempo. Os Conselheiros endossaram a proposta e foi iniciado o debate
1494 sobre as prioridades e metas apresentadas. Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** apresentou as
1495 seguintes sugestões, a serem consideradas: grupo 01 – *Política Nacional de Saúde*: priorizar as

1496 deliberações da 12ª Conferência, considerando que seria a base para a elaboração da Política do
1497 Ministério da Saúde; priorizar a organização das Conferências Temáticas programadas para 2004 e
1498 2005; incluir a Política Nacional do Trabalhador como prioridade, considerando o número de
1499 trabalhadores doentes e mortos a cada ano; fortalecer a Mesa de Negociação do SUS; grupo 02 –
1500 *Organização, Gestão e Funcionamento do CNS*: fortalecer alianças intersetoriais nas três áreas; grupo
1501 03 – *Emenda Constitucional nº 29/Financiamento*: elaborar recomendação, por parte do CNS, a ser
1502 encaminhada aos Conselhos de Saúde, movimentos de saúde e movimentos populares, visando
1503 promover mobilização em favor da Regulamentação da Emenda; resgatar a Resolução do CNS nº 322
1504 e definir grupo de Conselhos para promover mobilização junto ao Congresso Nacional; grupo 04 –
1505 *Fortalecimento do Controle Social*: fortalecer a realização das Plenárias de Conselhos de forma a
1506 garantir a participação popular no debate sobre saúde. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**
1507 ressaltou a necessidade de priorizar, além do Plano de Carreira, Cargos e Salários, as questões
1508 definidas na NOB/RH. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** defendeu o plano de carreiras como
1509 uma prioridade premente, considerando a dificuldade de grande parte dos Municípios em definir planos
1510 de carreiras. Além disso, disse ser necessário ampliar a participação popular na definição e
1511 implementação das decisões do SUS para além da Plenária de Conselhos. Conselheiro **Clóvis A.**
1512 **Boufleur** propôs que a regulamentação da EC nº 29 fosse prioridade na pauta de discussão do CNS
1513 nos próximos três meses. Sugeriu, ainda, que a realização da Plenária de Conselhos fosse
1514 condicionada à mobilização em prol da votação da regulamentação no Congresso Nacional. A propósito
1515 do funcionamento do CNS, disse que as dificuldades do CNS estavam relacionadas ao não
1516 cumprimento de itens do Regimento Interno. Nesse sentido, defendeu que o Regimento Interno fosse
1517 aprovado até o final de maio de 2004. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** disse que seria
1518 necessário reorientar a discussão do planejamento, visando priorizar as questões que poderiam
1519 interferir diretamente na qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS. Na sua opinião, o
1520 CNS, da forma como funcionava, não conseguia implementar muitas das prioridades apresentadas.
1521 Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu que as prioridades apresentadas fossem
1522 sistematizadas para que fossem trabalhadas até fevereiro de 2005. A propósito, resumiu as prioridades
1523 apresentadas nos seguintes eixos temáticos: I. Financiamento (EC nº 29, LDO, LO); II. Plano Nacional
1524 de Saúde (resoluções da 12ª Conferência, Política de Atenção aos diversos segmentos – trabalhadores
1525 rurais, população negra indígena, entre outras – revisão dos parâmetros assistenciais); III. Recursos
1526 Humanos (construir Política de Recursos Humanos); IV. Comissões do CNS (funcionamento do CNS);
1527 V. Estruturação do Controle Social (fiscalização nas três esferas de Governo, capacitação de
1528 Conselheiros, realização das Plenárias de Conselhos). Conselheiro **Francisco Batista Júnior** manifestou
1529 preocupação com a grande demanda de questões a serem tratadas até fevereiro de 2005 e, nesse
1530 sentido, sugeriu que as ações do CNS não fossem pautadas no processo eleitoral que ocorreria no
1531 segundo semestre de 2004. Endossou a proposta de sistematizar as prioridades em eixos temáticos,
1532 destacando duas prioridades que considerava essenciais: estimular a realização de Plenárias
1533 Regionais e Estaduais; e preparar a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Conselheiro
1534 **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu que as prioridades fossem sistematizadas para, em seguida,
1535 serem definidas metas e prazos. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou
1536 as seguintes possibilidades de metodologia para definição das prioridades: formar pequenos grupos
1537 para sistematizar as prioridades; ou definir as prioridades em Plenário, a partir das intervenções do
1538 Colegiado. Conselheiro **Ary Paliano** sugeriu que os Conselheiros elegessem, por meio de votação, as
1539 principais prioridades. A Representante do Ministério da Educação, **Gilka Starling Diniz**, ressaltou que
1540 as prioridades foram definidas no primeiro dia de planejamento, sendo: Política Nacional de Saúde;
1541 Organização, Gestão e Funcionamento do CNS; Emenda Constitucional nº 29, Financiamento; e
1542 Fortalecimento do Controle Social. Na sua opinião, a grande preocupação dos Conselheiros referia-se à
1543 quantidade de metas apresentadas que teriam de ser implementadas até fevereiro de 2005. Nesse
1544 sentido, sugeriu que, a partir das prioridades apresentadas pelos grupos, fossem definidas as mais
1545 urgentes. Conselheiro **Olympio Távora Correa** sugeriu que os trabalhos fossem suspensos para o
1546 almoço e que a equipe da Secretaria-Executiva, com a participação do IPEA, sistematizasse as
1547 prioridades apresentadas e redefinisse as metas e ações, a fim de garantir que o planejamento tivesse
1548 êxito. A propósito da EC nº 29, disse a primeira ação deveria ser a análise do relatório e, em seguida,
1549 conversa com o relator do Projeto e com os Deputados da Comissão de Seguridade Social. Sobre a EC
1550 nº 29, a Conselheira **Noemy Yamagishi Tomita**, endossou e acrescentou à proposta do Conselheiro
1551 **Olympio Távora Correa** a sugestão de fazer comparação, para efeito de análise, dos dispositivos da
1552 Resolução do CNS nº 322/03 no Projeto de Lei nº 01/2003, que versa sobre a regulamentação da
1553 Emenda. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, consultou o Plenário se havia
1554 concordância sobre o encaminhamento de interromper os trabalhos para o almoço para que a
1555 Secretaria-Executiva do CNS, com a assessoria dos técnicos do IPEA, sistematizasse as prioridades e

redefinisse as metas e ações. Conselheiro **Júlio Strubing Muller Neto** acrescentou ao encaminhamento a sugestão de realizar votação para definir as principais prioridades (cada Conselheiro deveria eleger três prioridades de cada eixo temático). Em seguida, os votos seriam computados e as prioridades mais votadas seriam debatidas por ordem de votação. O Plenário endossou o encaminhamento e os trabalhos da manhã foram suspensos para o almoço, antes, porém as propostas foram votadas. A Secretaria-Executiva do CNS retomou os trabalhos com a apresentação do resultado da votação, a saber: **Grupo 01** – Prioridades: 1. Plano Nacional de Saúde: **a**) Política de atenção a grupos específicos: Negros, Índios, Rurais, Idosos, Saúde do Trabalhador; **b**) Implementação das deliberações da 12ª Conferência Nacional da Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica; **c**) Estabelecimento de novos padrões assistências: 25 votos; **2.** Política Nacional de Gestão do Trabalho no SUS: 7 votos; **3.** Definir plano de carreira, cargos e salários para os trabalhadores do SUS: 6 votos; **4.** Realizar as Conferências Temáticas: 5 votos; **5.** Cumprir a Lei nº 8.080/90, art. 26: 5 votos; **6.** Discutir e deliberar sobre os modelos de atenção e organização dos serviços: 4 votos; **7.** Fortalecimento da Gestão Nacional do SUS: 3 votos; **8.** Incluir a Saúde como disciplina obrigatória nos currículos escolares em todos os níveis: 3 votos; **9.** Política Nacional de Saúde – População Negra, Indígena, Rural: 3 votos; **10.** Política Nacional de Saúde do Trabalhador: 2 votos; **11.** Estabelecer critérios e parâmetros para criação de novos cursos, abertura de vagas, carga horária e avaliação dos cursos existentes: 2 votos; **12.** Cartão SUS: 1 voto; e **13.** Criar mecanismos de avaliação da implantação e desenvolvimento das ações de saúde das Políticas Públicas, por meio de indicadores de resultado. **Grupo 02** – Prioridades: 1. Criação do CNS por Lei: 17 votos; **2.** Estruturar o funcionamento das assessorias e Comissões: 11 votos; **3.** Regimento Interno do CNS: 9 votos; **4.** Capacitação de Conselheiros: 9 votos; **5.** Regimento Eleitoral: 7 votos; **6.** Assegurar o caráter deliberativo dos Conselhos: 7 votos; **7.** Reorganizar o sistema de comunicação interna e externa: 6 votos; **8.** Fortalecer o sistema de Conselhos de Saúde: 5 votos; e **9.** Alianças Intra e Intersetoriais: 5 votos. **Grupo 03** – Prioridades: 1. Emenda Constitucional nº 29: 22 votos; **2.** Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO: 20 votos; **3.** Lei Orçamentária – LO: 16 votos; e **4.** Modalidades de Pagamento: 7 votos. **Grupo 04** – Prioridades: 1. Capacitação de Conselheiros para o exercício da função: 17 votos; **2.** Conferências Temáticas: 13 votos; **3.** Participação Popular no SUS: 13 votos; **4.** Comissões do CNS: 10 votos; e **5.** Conselhos de Saúde/Funcionamento do CNS: 9 votos. Após apresentação do resultado da votação, as prioridades foram sistematizadas da seguinte forma: **1.** Plano Nacional de Saúde; **2.** Lei de Criação do CNS/funcionamento das Comissões/ Regimento Interno; **3.** Capacitação de Conselheiros; **4.** Conferências Temáticas; e **5.** Emenda Constitucional nº 29/Lei de Diretrizes Orçamentárias/Lei Orçamentária. Feita a apresentação do resultado da votação, a Secretaria-Executiva do CNS, considerando a exigüidade de tempo, apresentou o seguinte encaminhamento: concluir o planejamento, com definição de ações e prazos, na Reunião Ordinária de março de 2004. Para isso, a Comissão de Coordenação Geral do CNS, com a assessoria da equipe do IPEA, organizaria o conjunto das prioridades apontadas pelos grupos e apontaria sugestão de ações e prazos. Assim, a apresentação do planejamento financeiro do CNS seria feita na Reunião Ordinária de abril de 2004. Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** endossou o encaminhamento, no entanto, disse que seria necessário definir encaminhamento para as questões urgentes, a exemplo da EC nº 29 e organização de Seminários e das Conferências Temáticas. O Plenário aprovou o encaminhamento. A Comissão de Coordenação Geral organizará o conjunto das prioridades apontadas pelos Grupos e apontará ações e prazos, para auxiliar no processo de conclusão do planejamento do CNS que se dará na Reunião Ordinária de março de 2004. Os Conselheiros que desejarem poderão encaminhar sugestões para a CCG. Definido esse ponto, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, falou sobre a questão da Emenda Constitucional nº 29. Explicou que a COFIN/CNS, em reunião, sugeriu que fossem encaminhados à consulta dos Conselheiros o Projeto de Lei nº 01/2003, do Deputado **Roberto Gouveia**, o Substitutivo, do Deputado **Guilherme Menezes**, e a Resolução nº 322/03. Além disso, a Comissão decidiu por fazer comparação, para efeito de análise, dos dispositivos da Resolução CNS nº 322/03 no Projeto de Lei nº 01/2003, que versa sobre a regulamentação da Emenda, e marcar reunião com a Presidente da Comissão de Seguridade Social, **Ângela Guadagnin**, para verificar o calendário sobre a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. Após esse movimento, seria marcada reunião com o Deputado **Guilherme Menezes**, relator do Substitutivo. Lembrou também que o Plenário decidiu convocar Plenária de Conselhos, por se tratar de instrumento de mobilização mais viável, com o propósito de debater a regulamentação da EC nº 29, a partir das deliberações da 12ª sobre financiamento e da Resolução do CNS nº 322/03. Por fim, disse que seria realizada reunião com representantes do Ministério da Saúde, no sentido de verificar a posição do Ministério em relação ao Substitutivo. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** sugeriu que fosse feita interlocução com os Senadores, considerando que o Senado Federal também possui proposta de Projeto de Lei sobre a Regulamentação da EC nº 29. Além disso, disse que o CNS teria de apreciar e deliberar novamente

1616 sobre a Resolução nº 322/03, considerando as deliberações da 12ª Conferência que alteraram a
1617 Resolução (10% como contribuição da União e as fontes de recursos da União). Conselheiro **Jesus**
1618 **Francisco Garcia** sugeriu que o CNS orientasse os Conselhos Estaduais e Municipais a definirem
1619 formas de mobilização em favor da aprovação da regulamentação da EC nº 29. Apresentou, ainda, a
1620 proposta da Coordenação da Plenária em relação a EC nº 29 que sugere ao CNS a adoção de agenda
1621 de luta pela regulamentação da EC nº 29, apresentada pela COFIN, com realização da 12ª Plenária de
1622 Conselhos de 16 a 18 de julho de 2004, em Brasília, com etapas regionais, estaduais e municipais até o
1623 dia 16 de maio, com o seguinte temário: organização, gestão e funcionamento das Plenárias, eleição de
1624 coordenadores, EC nº 29, deliberações da 12ª Conferência, e outros assuntos afins. Conselheiro
1625 **Alexandre de Oliveira Fraga** lembrou que o CNS, na sua última reunião, decidiu convocar a Plenária por
1626 conta da mobilização em torno da regulamentação da EC nº 29. Disse que na reunião da Coordenação
1627 da Plenária foi aprovada dinâmica para a Plenária diferente daquela aprovada pelo CNS. Na sua
1628 opinião, seria essencial realizar a Plenária a partir do processo de mobilização em prol da
1629 regulamentação da EC nº 29. **Feitas essas considerações, foram aprovadas as seguintes propostas em**
1630 **relação à Emenda Constitucional nº 29: a COFIN fará articulação junto à Câmara dos Deputados**
1631 **(Presidente da Câmara de Seguridade Social Ângela Guadagnin) e ao Senado Federal (Senadora**
1632 **Lúcia Vânia), no sentido de verificar o calendário sobre a regulamentação da Emenda Constitucional nº**
1633 **29; fará comparação, para efeito de análise, dos dispositivos da Resolução CNS nº 322/03 no Projeto**
1634 **de Lei nº 01/2003, que versa sobre a regulamentação da Emenda; e, em seguida, marcará reunião com**
1635 **o Deputado Guilherme, relator do Substitutivo.** A propósito da Plenária de Conselhos, a Secretaria-
1636 Executiva do CNS, lembrou que o Plenário decidiu convocá-la para tratar da regulamentação da EC nº
1637 29, assim, sugeriu que os encaminhamentos sobre o processo eleitoral fossem discutidos na Reunião
1638 Ordinária de março de 2004. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu que a COFIN elaborasse
1639 documento político, a ser encaminhado a Estados e Municípios, visando promover mobilização no
1640 processo de regulamentação da EC nº 29. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** pediu
1641 esclarecimentos sobre os desdobramentos da ADIN impetrada pela Governadora **Rosinha Matheus**.
1642 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** disse que seria necessário rever a data da Plenária de Conselhos, pois
1643 se acontecesse na data prevista de 16 a 18 de junho de 2004, não contribuiria para o processo de
1644 mobilização em prol da regulamentação da EC nº 29. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida**
1645 **da Cruz**, lembrou que o Plenário decidiu convocar a Plenária de Conselhos para a 2ª quinzena de abril
1646 ou 1ª quinzena de maio de 2004. No entanto, a coordenação da Plenária levantou a questão do
1647 processo eleitoral para a escolha da nova coordenação. Sugeriu que os encaminhamentos sobre o
1648 processo eleitoral fossem definidos, com base no debate sobre o tema que ocorreu na última Plenária
1649 de Conselhos, realizada em dezembro de 2002. Conselheiro **Luiz Fernando Eliotério** disse que foi
1650 solicitada assessoria jurídica para auxiliar na leitura técnica do Substitutivo, da Resolução nº 322/03, e
1651 das resoluções da 12ª Conferência. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
1652 informou que o Procurador, **Humberto Jacques**, foi convidado a assessor a COFIN/CNS em relação aos
1653 aspectos jurídicos. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu que o CNS redefinisse a sua
1654 representação na Plenária de Conselhos. Os encaminhamentos sobre o processo eleitoral da Plenária
1655 serão discutidos na Reunião Ordinária de março de 2004. ITEM 07 – 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL
1656 DA SAÚDE – O Coordenador-Geral da 12ª Conferência, **Eduardo Jorge Sobrinho**, informou que será
1657 realizada reunião da Comissão Especial de Comunicação do CNS no dia 12 de fevereiro de 2004 com
1658 o Jornalista da FIOCRUZ **Caco**, para concluir o Plano de Comunicação da 12ª Conferência. A propósito
1659 da elaboração do relatório da 12ª Conferência, explicou que a agenda aprovada na Reunião Ordinária
1660 de fevereiro de 2004 estava sendo cumprida. Disse que os destaques sobre os dez eixos temáticos
1661 estariam sendo revistos por relatores de síntese, com a finalidade de serem agrupados, visando reduzir
1662 o número de propostas a serem votadas. Informou que seria realizada reunião entre a Relatoria da 12ª
1663 Conferência e a Comissão Especial de Relatoria da 12ª Conferência nos dias 10 e 11 de fevereiro de
1664 2004, com a finalidade de analisar e concluir o documento com os destaques agrupados que será
1665 encaminhado à consulta dos delegados. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** sugeriu que o documento com
1666 os destaques para a votação fosse enviado aos delegados por e-mail o que, na sua opinião, facilitaria o
1667 processo de votação e reenvio da folha de resposta. Em resposta, o Coordenador-Geral da 12ª
1668 Conferência, **Eduardo Jorge Sobrinho**, disse que a equipe do DATASUS estava estudando a
1669 possibilidade enviar o documento por e-mail, considerando que seria necessário definir critérios de
1670 segurança (sistema de “*senha individual*”). Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** perguntou sobre a
1671 possibilidade de emitir certificados para os Conselheiros que participarão das Comissões da 12ª
1672 Conferência. A propósito, o Coordenador-Geral da 12ª Conferência, solicitou que a Secretaria-
1673 Executiva do CNS encaminhasse os nomes dos Conselheiros que foram membros de Comissões da
1674 12ª Conferência para a emissão da declaração de participação. Conselheiro **Paulo César A. de Sousa**
1675 perguntou se foi verificada a proposta de redação do item 3, que trata sobre o Ato Médico, do Eixo VII

1676 *O Trabalho na Saúde*, que foi aprovada em Plenário. Em resposta, a Secretaria-Executiva do CNS,
1677 **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que foi constituído grupo da Secretaria-Executiva do CNS para
1678 assistir a gravação do debate sobre recursos humanos, com o propósito de esclarecer polêmicas, em
1679 especial, sobre o Ato Médico e a jornada de 30 horas. As Moções apresentadas na 12ª Conferência
1680 serão apreciadas na Reunião Ordinária de março de 2004. ITENS EXTRA PAUTA: I. 140ª Reunião
1681 Ordinária do CNS – O Plenário aprovou a proposta de transferir a realização da 140ª RO para os 10 e
1682 11 de março de 2004, para que as Comissões Organizadoras das Conferências Temáticas tenham
1683 tempo hábil para elaborar e apresentar o Documento Base que norteará as discussões nas etapas
1684 municipais, estaduais e nacional das Conferências, na reunião. II. COFIN – A Comissão de Orçamento
1685 e Financiamento do CNS distribuiu ao Plenário questionário, a ser respondido por parte dos
1686 Conselheiros, que orientará o planejamento da Comissão para 2004. III. O Ministério da Saúde fará
1687 concurso para contratação de funcionários, a fim de preencher vagas de funcionários que terão o
1688 contrato encerrado em julho de 2004. O grupo de DST/AIDS do Ministério da Saúde apresentou a
1689 solicitação de que a CIRH definisse critérios para o edital do concurso. Conselheira **Maria Natividade G.**
1690 **S. T. Santana**, Coordenadora da CIRH, explicou que a Comissão estava à disposição para elaborar os
1691 critérios. **O Plenário decidiu que a CIRH definirá os critérios para o edital do concurso que serão**
1692 **oportunamente apreciados**. IV. Documento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST
1693 – A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, submeteu à apreciação do Plenário o
1694 documento da CIST/CNS que apresenta condolências às famílias e aos colegas de trabalho dos
1695 Auditores Fiscais do Trabalho *Nelson José da Silva, João Batista Soares Lage Eratóstenes de Almeida*
1696 *Gonçalves* e do motorista *Alton Pereira de Oliveira*, executados no cumprimento de suas funções em
1697 Unaí, Minas Gerais. A Comissão aguarda medidas efetivas que ajudem a combater este tipo de prática
1698 e a impunidade de quem as pratica. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** sugeriu que fosse
1699 publicado no Diário Oficial documento manifestando posição do CNS sobre o ocorrido. A Secretaria-
1700 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que estava sendo negociado espaço no Diário
1701 Oficial para publicação de documentos do CNS que não fossem resoluções. **Após algumas**
1702 **considerações, foi acordado que será elaborado documento, manifestando a posição do CNS sobre a**
1703 **execução dos Auditores Fiscais do Trabalho Nelson José da Silva, João Batista Soares Lage**
1704 *Eratóstenes de Almeida Gonçalves* e do motorista *Alton Pereira de Oliveira*, a ser publicado no Diário
1705 Oficial, no Boletim Informativo, na Carta Eletrônica e encaminhado a todos os Ministérios.
1706 ENCERRAMENTO – Definidos esses assuntos, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**
1707 **Cruz**, encerrou os trabalhos da 139ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes
1708 Conselheiros: *Aos quatro dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e quatro: Alexandre de Oliveira*
1709 *Fraga, Alfredo Boa Sorte Júnior, André Luiz de Oliveira, Ary Paliano, Augusto Alves do Amorim, Carlos*
1710 *Alberto Ebeling Duarte, Clóvis A. Boufleur, Crescêncio Antunes da S. Neto, Eni Carajá Filho, Francisco*
1711 *Batista Júnior, Francisco das Chagas Dias Monteiro, Fernando Luiz Eliotério, Geraldo Adão Santos,*
1712 *Gerônimo Paludo, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, Jorge Nascimento Pereira, Jorge*
1713 *Solla, Lílian Alicke, Luiz Gonzaga de Araújo, Maria Leda de R. Dantas, Maria Natividade G. S. T.*
1714 *Santana, Moisés Goldbaum, Neimy Batista das Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Noemy Yamaguishi*
1715 *Tomita, Olympio Távora D. Correa, Oraida Maria de Abreu G. dos Santos, Paulo César A. de Sousa,*
1716 *Rogério Tokarski, Rosane Lowenthal, Rosane Maria Nascimento da Silva, Rozângela Fernandes*
1717 *Camapum, Rui Barbosa da Silva, Solange Gonçalo Belchior, Tito Oliani, Virgílio César Romeiro Alves,*
1718 *Volmir Raimondi, Walmer José da Trindade Urtiga, Wander Geraldo da Silva, Willian Saad Hossne, e*
1719 *Zilda Arns Neumann*. Participou também a Representante do Ministério da Educação, **Gilka Starling**
1720 *Diniz. Aos cinco dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e quatro: Alexandre de Oliveira Fraga, Ary*
1721 *Paliano, Cândida Maria Carvalheira, Carlos Alberto E. Duarte, Clóvis A. Boufleur, Francisco Batista*
1722 *Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Fernando Luiz Eliotério, Graciara Matos de Azevedo, Jesus*
1723 *Francisco Garcia, João Donizeti Scaboli, Jorge Nascimento Pereira, Lílian Alicke, Maria Helena*
1724 *Baumgarten, Maria Leda de R. Dantas, Maria Natividade G. S. T. Santana, Moisés Goldbaum, Neimy*
1725 *Batista das Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Noemy Yamaguishi Tomita, Olympio Távora D. Correa,*
1726 *Oraida Maria de Abreu G. dos Santos, Paulo César A. de Sousa, Paulo Rogério Albuquerque de*
1727 *Oliveira, Rosane Lowenthal, Rosane Maria Nascimento da Silva, Rui Barbosa da Silva, Solange*
1728 *Gonçalo Belchior, Virgílio César Romeiro Alves, Volmir Raimondi, Walmer José da Trindade Urtiga,*
1729 *Wander Geraldo da Silva, e Willian Saad Hossne*. Participou também a Representante do Ministério da
1730 Educação, **Gilka Starling Diniz. Aos seis dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e quatro:**
1731 *Alexandre de Oliveira Fraga, Antônio Alves de Souza, Ary Paliano, Carlos Alberto E. Duarte, Clóvis A.*
1732 *Boufleur, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Fernando Luiz Eliotério, Geraldo*
1733 *Adão Santos, Gerônimo Paludo, Graciara Matos de Azevedo, Jesus Francisco Garcia, João Donizeti*
1734 *Scaboli, Jorge Nascimento Pereira, Júlio Strubing M. Neto, Maria Helena Baumgarten, Maria Leda de*
1735 *R. Dantas, Maria Natividade G. S. T. Santana, Nildes de Oliveira Andrade, Noemy Yamaguishi Tomita,*

1736 Olympio Távora D. Correa, Oraida Maria de Abreu G. dos Santos, Paulo César A. de Sousa, Rogério
1737 Tokarski, Rosane Lowenthal, Rosane Maria Nascimento da Silva, Rozângela Fernandes Camapum,
1738 Virgílio César Romeiro Alves, Volmir Raimondi, e Walmer José da Trindade Urtiga. Participou também a
1739 Representante do Ministério da Educação, Gilka Starling Diniz.