



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

7 **ATA DA CENTÉSIMA QUADRAGÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS**

8 **ABERTURA** – A Centésima Quadragésima Primeira Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde  
9 realizou-se aos quatorze e quinze dias do mês de abril do ano de dois mil e quatro, no Auditório da  
10 FINATEC, localizado no Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, Distrito Federal. A  
11 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, procedeu à abertura dos trabalhos,  
12 cumprimentando os Conselheiros e demais presentes à reunião. Em seguida, apresentou a pauta da  
13 reunião, propondo ajustes que foram aprovados pelos Conselheiros. O Ministro da Saúde, **Humberto**  
14 **Sérgio Costa Lima**, participou da abertura dos trabalhos na parte da tarde do primeiro dia da reunião,  
15 manifestando-se nos seguintes termos: “Primeiramente, bom dia a todos e todas. Gostaria de me  
16 desculpar por não ter participado da abertura dos trabalhos da reunião. No período da manhã,  
17 estávamos lançando a *Campanha de Vacinação do Idoso*, que começa no próximo sábado. Gostaria de  
18 destacar a importância dessa reunião na qual iniciamos o debate sobre o Plano Nacional da Saúde,  
19 que é um importante instrumento para o nosso país, para o Sistema Único de Saúde e para a Política  
20 de Saúde. Nós temos discutido no âmbito do Ministério a necessidade de transformar os instrumentos  
21 de gestão ou os instrumentos de definição global de políticas em instrumentos políticos reais; que não  
22 sejam apenas documentos formais que servem mais para cumprir obrigação legal ou definir pacto. Nós  
23 queremos que esses instrumentos passem a ser instrumentos da gestão e que possam ser utilizados  
24 para o acompanhamento das ações e avaliação das conquistas das metas. Nós queremos que isso  
25 seja considerado tanto para o nível municipal quanto para o nível estadual, e, principalmente, para o  
26 nível federal. Nós vemos hoje no Brasil que municípios e estados, ao entrarem na condição de gestores  
27 plenos, são obrigados a apresentar planos de saúde municipais ou estaduais que depois são  
28 esquecidos. Queremos torná-los, realmente, a referência da Política de Saúde para estados, municípios  
29 e Governo Federal. Se o plano municipal de saúde prevê o compromisso de reduzir a mortalidade  
30 infantil, ampliar a detecção de tuberculose, hanseníase e promover o tratamento, implantar um sistema  
31 de vigilância adequado, temos que monitorar e ver se essas metas estão sendo cumpridas ou não. É  
32 um instrumento de referência que temos para fazer isso. Desse modo, o Plano Nacional de Saúde,  
33 além de ser a oportunidade de vislumbrarmos objetivos fundamentais para a melhoria do Sistema, é  
34 algo que vai nos guiar daqui para frente em termos das metas que serão obtidas. Nós queremos que a  
35 discussão do Plano seja democrática, com aproveitamento das contribuições da 12ª Conferência  
36 Nacional de Saúde, do Conselho Nacional da Saúde e da Tripartite – CONASS e CONASEMS.  
37 Gostaria de registrar a minha satisfação pelo fato de o Conselho estar iniciando esse debate, porque,  
38 até o momento, foi feita apenas uma discussão no âmbito do Ministério da Saúde. Gostaria também de  
39 comunicar algumas das ações que estamos realizando ou por realizar. Nós vamos lançar o SAMU, em  
40 âmbito nacional, no dia 26 de abril. O SAMU funciona como serviço de atendimento de urgência pré-  
41 hospitalar no domicílio. Trata-se do organizador da Política de Urgência e Emergência do país. Nós  
42 iremos implantar o SAMU em aproximadamente 1.500 municípios até o final do ano. Os municípios que  
43 já possuem o SAMU há alguns anos entraram no projeto para ter renovação de frota e novas centrais  
44 de regulação. Nós adquirimos 1.480 ambulâncias, uma parte formada por UTIs móveis, estamos  
45 viabilizando a compra de todos os equipamentos necessários e vamos fazer o custeio de metade do  
46 valor de cada equipe. Ou seja, garantir metade do custeio do funcionamento do SAMU, na expectativa  
47 de que estados e municípios assumam 25% desse custeio ou pelo menos que os municípios assumam  
48 os 50% restantes. O custo para os municípios e estados será muito baixo para o papel racionalizador  
49 que o SAMU tem. Nós estamos montando um componente não apenas urbano, mas rodoviário.  
50 Estamos fechando acordo com a Polícia Rodoviária Federal de modo a incorporarmos mais de cem  
51 unidades móveis de atendimento em saúde ao SAMU. Também estamos fechando convênio para  
52 utilizar a frota de helicópteros da Polícia Rodoviária Federal e negociando com o Ministério da Defesa  
53 para que possamos garantir alguns helicópteros e dispor, em algumas situações mais excepcionais,  
54 das UTIs móveis, da unidade de transporte especial que existe. Com a Marinha, estamos vendo a  
55 possibilidade de utilização de “ambulâncias” nessa integração com o SAMU. Creio que ao final do ano  
teremos cobertura de todo o território nacional, pelo menos do ponto de vista do transporte aéreo e de

56 urgências mais complexas. Como eu disse, a idéia é, a partir do SAMU, começar a trabalhar os  
57 hospitais de urgência e emergência, uma rede de cuidados intermediários entre o leito comum de  
58 enfermaria e o leito de UTI. E a partir disso, promover reestruturação global do Sistema de Urgência e  
59 Emergência do nosso país. O segundo projeto refere-se à expansão do Programa Nacional de Saúde  
60 Bucal. Estamos trabalhando com a meta de implantar, daqui a dois meses, cinqüenta centros de  
61 especialidades; até o final do ano cem e até o final do Governo, pelo menos, quatrocentos centros. Isso  
62 possibilitaria cobertura universal para a população no que se refere ao atendimento de média e alta  
63 complexidade na área de odontologia. Nós também estamos reforçando a área da atenção básica com  
64 a presença de dentistas na equipe do Programa Saúde da Família. Além disso, estamos começando a  
65 trabalhar a possibilidade de formação massiva de técnicos de higiene dental que podem ajudar muito  
66 na ampliação do acesso aos serviços. O processo de fluoretação das águas também se inicia esse ano,  
67 bem como o funcionamento dos laboratórios para a produção de próteses e, posteriormente, de  
68 aparelhos mais simples – a chamada ortodontia. Trata-se de um programa que tem sido acolhido por  
69 prefeitos, governadores, secretários e apostamos que pode mudar sensivelmente a saúde bucal da  
70 população brasileira, que se encontra em uma situação lastimável. Também estamos fechando os  
71 últimos detalhes do Projeto da Farmácia Popular. Na verdade, trata-se de uma política global de  
72 assistência farmacêutica. Nós apresentaremos o projeto ao Conselho para que possa opinar e  
73 apresentar sugestões. Além disso, há o Projeto Qualisus que nós não definimos se terá essa  
74 denominação. Trata-se de um projeto que busca melhorar a qualidade do atendimento. Conforme já  
75 constatamos, o nosso país possui uma área de alta complexidade de excelente qualidade.  
76 Recentemente, houve um congresso sobre transplantes na Holanda e o Brasil foi colocado como uma  
77 das referências mais importantes, em virtude da questão do acesso e de todo o processo de  
78 continuidade do tratamento por parte dos pacientes, dos resultados concretos, além de uma política  
79 muito boa na área de vigilância. Entretanto, temos que conviver ainda com doenças endêmicas, com  
80 uma área de assistência que tem gargalos importantes no setor de urgência e emergência, na área da  
81 consulta especializada, das cirurgias eletivas e até mesmo no atendimento básico. Nesse sentido, nós  
82 iremos enfrentar essa questão. Estamos concluindo projeto para grande interferência no Rio de Janeiro,  
83 que envolveria a reestruturação do Sistema de Urgência e Emergência, na capital e na região  
84 metropolitana, implementação do sistema pré-hospitalar (SAMU), reestruturação dos hospitais de  
85 urgências, implantação do Cartão SUS e ampliação do Programa Saúde da Família (PSF). Nós  
86 anunciamos essas medidas ainda esse mês. Estamos concluindo a negociação com a Secretaria  
87 Estadual e com as Secretarias Municipais do Rio de Janeiro e da Região Metropolitana. Com isso, creio  
88 que iremos garantir a manutenção e preservação dos projetos e conquistas do SUS alcançados ao  
89 longo desses anos e também poderemos realizar mudanças expressivas para atender a determinadas  
90 necessidades da população brasileira. Por último, gostaria de falar sobre uma questão que iremos  
91 discutir com o Conselho. Nós estamos elaborando uma proposta para a definição de novos repasses de  
92 recursos a estados e municípios, correção de tabela do SUS para os hospitais e serviços contratados,  
93 visando ampliação do financiamento da atenção básica e buscando trabalhar com metas e  
94 condicionantes. Do ponto de vista de um aumento linear, nós vamos corrigir o indicador populacional  
95 para todos os tetos, mas, a partir daí todos os repasses terão como referência uma série de pontos. Por  
96 exemplo, é justo que um estado ou município que, com todo o sacrifício cumpriu a Emenda  
97 Constitucional nº 29, tenha mais recurso federal para desenvolver a sua política de saúde. Então, quem  
98 não cumpriu a Emenda não teria esse bônus. Teria esse repasse pelo critério regional ou outro. Essa é  
99 uma questão importante. Para se ter uma idéia, no ano passado o Ministério transferiu para estados e  
100 municípios mais de R\$ 2,6 bilhões a mais. Qual foi o impacto disso na condição de saúde da  
101 população, na qualidade da assistência prestada à população? Infelizmente, alguns entes da federação  
102 recebem o dinheiro federal não para acrescentar ao que deveria gastar, mas para substituir o seu  
103 recurso e liberá-lo para outras ações. Assim, nada mais justo que aqueles que cumpriram a Emenda e  
104 não incluíram despesas que não são da saúde no seu orçamento da saúde sejam beneficiados. Vamos  
105 utilizar o critério da disparidade regional para corrigir algumas distorções existentes no *per capita*  
106 desses tetos financeiros e começarmos a ter, a partir de agora, um processo de acompanhamento para  
107 que a melhoria do nosso sistema seja feita de maneira mais uniforme. É provável que peçamos uma  
108 antecipação da reunião do CNS do mês de maio ou uma reunião extraordinária para discutir algumas  
109 das questões colocadas, em especial o Projeto da Farmácia Popular, que é um tema que carece de  
110 uma discussão mais aprofundada. Precisamos implementar essas ações em 2004, que tende a ser um  
111 ano muito positivo para a saúde no nosso país. Obrigado". Conselheiro **Francisco das Chagas Dias**  
112 **Monteiro** chamou a atenção para a importância das ações do Ministério que estavam em  
113 implementação, porém, disse que seria necessário garantir o funcionamento dos postos de saúde até  
às 22 horas, visando garantir o atendimento aos trabalhadores. Além disso, solicitou ao Ministério da

115 Saúde que prestasse maior atenção à epilepsia (síndrome convulsiva), considerando que os portadores  
116 dessa patologia eram extremamente estigmatizados. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** falou sobre a  
117 possibilidade de articulação entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, visando a  
118 implantação de equipes odontológicas nas escolas para atender as crianças. Conselheiro **Alexandre de**  
119 **Oliveira Fraga** elogiou as iniciativas do Ministério da Saúde em relação ao financiamento de estados e  
120 municípios. A propósito, sugeriu que a Resolução do CNS nº 333, que trata da organização dos  
121 Conselhos de Saúde, fosse utilizada como critério para o financiamento, pois ajudaria a garantir  
122 fiscalização mais efetiva dos gastos públicos com saúde. Conselheiro **José Cláudio dos Santos** falou  
123 sobre a efetividade do Programa Nacional de HIV/AIDS, no entanto, disse que seria necessário definir  
124 frente de trabalho para os portadores de HIV/AIDS, que eram excluídos do mercado de trabalho. Além  
125 disso, sinalizou que seria importante promover maior divulgação dos projetos e ações do Ministério da  
126 Saúde. Conselheira **Zilda Arns Neumann** comentou sobre os gastos do SUS em relação aos acidentes  
127 de trânsitos e, a propósito, sugeriu ações intersetoriais no sentido de promover campanhas de  
128 educação de trânsito nas escolas. Ressaltou, ainda, a importância de definir ações que contribuíssem  
129 para o aumento do número e da melhoria da qualidade dos transplantes no país. Conselheiro **Luiz**  
130 **Alberto Silva** comentou sobre a efetividade do Programa de Proteção à Gestante no Pré-natal, criado  
131 pela APAE há um ano, que atende mais de 90% das gestantes do Estado do Mato Grosso do Sul.  
132 Apelou para que o Ministério da Saúde implantasse o Programa em todo o território nacional e reiterou  
133 o convite ao Ministro da Saúde para participar do lançamento oficial do Programa, no dia 19 de abril,  
134 em Cuiabá. Em resposta às intervenções, o Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, ressaltou  
135 que o Ministério da Saúde tem desenvolvido ações relevantes em parceria com a sociedade, estados e  
136 municípios em relação à mortalidade materna e doenças negligenciadas – tuberculose e hanseníase.  
137 Lembrou que foi firmado pacto visando à redução da mortalidade materna e foram iniciados  
138 treinamento e levantamento sobre a necessidade de equipamentos. Nesse sentido, chamou a atenção  
139 para a importância da participação do CNS no acompanhamento da execução do pacto. Sobre as  
140 doenças negligenciadas, informou que na reunião dos parceiros do Programa Stop TB, o Brasil  
141 recebeu, por um lado, forte cobrança e, por outro, despertou expectativa positiva. Disse que os  
142 parceiros do Programa acreditavam que o Brasil iria reduzir, em um curto espaço de tempo, a  
143 incidência e a prevalência da tuberculose. Explicou que o grau de detecção da doença no país era  
144 razoável (74%), entretanto, o indicador de cura era muito baixo (menos de 70%). Frente a esse quadro,  
145 informou que o Ministério da Saúde adotou a estratégia do tratamento supervisionado que permitiria  
146 rápida mudança dos indicadores. Acrescentou que ONGs, Entidades, a exemplo da Pastoral da  
147 Criança, e a sociedade civil em geral deveriam ser mobilizadas, visando a melhoraria do quadro da  
148 tuberculose no Brasil. Sinalizou, ainda, que os Programas de Tuberculose e Hanseníase foram  
149 reestruturados, com destinação de maior aporte de recursos e criação de forças-tarefas para atuar nos  
150 estados. Sobre a hanseníase, afirmou que o compromisso do Ministério da Saúde era eliminar a  
151 doença até 2005, com redução do índice de 3,8 casos/10 mil habitantes para menos de um caso/10 mil  
152 habitantes. No que diz respeito à Política de Saúde Bucal, explicou que a idéia era trabalhar com todas  
153 as Universidades para utilização dos Centros de Especialidade Odontológica. Além disso, acrescentou  
154 que o Ministério da Educação estava participando da organização da Conferência de Saúde Bucal e,  
155 dessa forma, estava envolvido no debate sobre o tema como um todo. Destacou também que os  
156 Centros de Especialidades de Saúde Bucal ofereceriam atendimento aos portadores de deficiência,  
157 considerando que o setor público tinha a obrigação de oferecer atendimento adequado a todo cidadão.  
158 Em sendo assim, não poderia se eximir da responsabilidade de atender os portadores de deficiências e  
159 patologias. Além disso, disse que seria firmado convênio com o Ministério da Justiça no sentido de  
160 construir laboratórios para a fabricação de próteses nos presídios. No que diz respeito ao Controle  
161 Social, explicou que seria oportunamente apresentado ao Conselho, Projeto que visava o  
162 fortalecimento do papel dos Conselhos e a criação de instrumentos de controle social para o cidadão.  
163 Sobre a questão, ressaltou a importância de o Conselho aprofundar o debate sobre as formas de  
164 garantir poder aos Conselhos Municipais, evitando que se tornassem instrumentos do gestor. Disse que  
165 a proposta do Ministério da Saúde era criar mecanismos de fortalecimento da descentralização que  
166 permitissem o acompanhamento, avaliação e monitoramento dos gastos dos recursos e a identificação  
167 das dificuldades da gestão, a fim de oferecer suporte aos gestores estaduais e municipais para que  
168 pudessem desenvolver a contento as ações de suas responsabilidades. Sobre a questão do HIV/AIDS,  
169 lembrou que o Ministério tem implementado uma série de ações, dentre elas a ampliação da política de  
170 testagem, visando identificar as pessoas portadoras do vírus, intensificação das ações de prevenção,  
171 com programa específico nas escolas, incorporação de novos medicamentos em relação ao tratamento  
172 do HIV, e apoio às ONGs. Ressaltou que o custo do tratamento por paciente vem diminuindo e o  
173 Ministério estudava a possibilidade de importação de genéricos. No que diz respeito à divulgação das

174 ações desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, informou que foram realizadas campanhas de  
175 divulgação dos resultados positivos da dengue, do Programa de Saúde Bucal e do SAMU. Sobre o  
176 SAMU, ressaltou que, à medida que fosse implementado nos estados e municípios, seria feita  
177 publicidade, inclusive para divulgar o seu número – 192. Além disso, acrescentou que o Sistema  
178 apresentaria informações que auxiliariam a engenharia de trânsito, considerando que os atendimentos  
179 eram cadastrados e filmados em alguns municípios, o que possibilitaria definir estatística em relação à  
180 incidência de acidentes. Sobre a Política de Transplantes, explicou que o SAMU seria um instrumento  
181 que contribuiria para a realização de transplantes, pois realizaria com mais eficácia o processo de  
182 recolhimento de órgãos de doadores e as suas equipes eram treinadas para detectar situações graves  
183 de potenciais doadores. Ainda sobre a questão, disse que no dia 15 de abril de 2004 ocorreria o  
184 Consenso Nacional de Transplantes que teria a participação de especialistas em transplantes e de  
185 ONGs, e como propósito a definição de consensos sobre o tema. Ressaltou, ainda, que as ações  
186 definidas no ano de 2003 e início de 2004 permitiriam reduzir, de forma significativa, as filas de  
187 transplantes. Informou que o Ministério da Saúde redefiniu algumas questões relativas ao transplante  
188 de córnea, passando a pagar por córnea captada ao invés de córnea utilizada e iniciaria processo de  
189 esclarecimento sobre a captação da córnea. Na área de transplante de medula óssea, disse que o  
190 Ministério destinou mais recursos, credenciou novos hospitais para a realização do transplante, e firmou  
191 convênio com os dois bancos de medula óssea do mundo e com o banco de cordão umbilical existente  
192 nos Estados Unidos. Afirmou que a Política de Transplantes do Brasil era reconhecida como uma das  
193 mais avançadas e poderia avançar mais. Por fim, destacou que o ano de 2004 era propício e oportuno  
194 para desencadear o processo de fortalecimento do SUS. **ITEM 01 – PLANO NACIONAL DE SAÚDE –**  
195 **O Subsecretário de Orçamento e Planejamento do Ministério da Saúde, Valdir Rangel Fernandes,**  
196 iniciou sua explanação explicando que apresentaria ao Plenário uma versão preliminar, em construção,  
197 do Plano Nacional de Saúde (PNS). Disse que a sugestão era debater o Plano Nacional de Saúde, no  
198 âmbito do CNS, de forma gradativa, sendo: 1ª etapa na 141ª Reunião Ordinária; 2ª etapa na Reunião  
199 Ordinária de maio; e 3ª etapa na Reunião Ordinária de junho, com apresentação final e votação. Feito  
200 esse esclarecimento inicial, passou à apresentação da proposta de Plano Nacional de Saúde. Explicou  
201 que o Plano estava sendo construído de maneira partilhada com os diversos setores do Ministério da  
202 Saúde e tinha como proposta estabelecer um pacto pela Saúde no Brasil, com definição das questões  
203 prioritárias da saúde. Destacou que o Plano possuía como pressupostos legais as Leis nº 8.080/90 e  
204 8.142/90; o Decreto nº 1.232/94 (define as bases para as transferências Fundo a Fundo); o Decreto nº  
205 1.651/95 (regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria); e a Portaria nº 548/2001 (Orientações  
206 Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de  
207 Metas e do Relatório de Gestão). Ressaltou que o PNS era um dos instrumentos de gestão do SUS e a  
208 base das atividades e programas em cada nível de direção do SUS, conforme previsão da Lei nº  
209 8.080/90. Além disso, deveria compreender um período de Governo de quatro anos e ser revisto  
210 periodicamente, explicitar intenções políticas, estratégias, prioridades e metas de Governo e as suas  
211 ações deveriam ser a base para as propostas orçamentárias. Sinalizou que a formulação do Plano  
212 Nacional de Saúde era de responsabilidade do Ministério da Saúde, cabendo ao Conselho Nacional de  
213 Saúde apreciá-lo. Ressaltou que uma das bases de formulação do PNS era o PPA. Porém, deveria  
214 conter as metas nacionais e regionais de saúde e incorporar as prioridades apontadas na 12ª  
215 Conferência Nacional de Saúde. No que diz respeito à estruturação, explicou que o Plano possuía os  
216 seguintes princípios norteadores: caracterização (aspectos demográficos, econômicos, regionais e  
217 sociais); análise da situação de saúde (diagnóstico das condições de saúde, organização e  
218 funcionamento do SUS, ações e serviços de saúde); objetivos; prioridades; e estratégias. Sobre o  
219 cronograma de elaboração do PNS, disse que estava sendo elaborada a pré-proposta que remetia para  
220 debate interno no Ministério da Saúde e primeira apreciação do Conselho Nacional de Saúde.  
221 Acrescentou que a pré-proposta seria debatida com os gestores em uma Oficina Nacional e seria  
222 apresentada na Tripartite. No que diz respeito à estrutura, destacou que o Plano estava dividido da  
223 seguinte forma: I. Introdução; II. Agenda estratégica; III. Referencial legal; IV. Conceitos e abrangência;  
224 e V. Implementação do processo. Disse que na discussão do processo de elaboração foram  
225 considerados como princípios orientadores os objetivos setoriais do PPA, com início da definição de  
226 diretrizes, e uma série de metas em relação ao setor saúde concernentes às condições de saúde, às  
227 linhas de atenção à saúde, à gestão em saúde e ao investimento em saúde. Acrescentou que as  
228 diretrizes do Plano seriam trabalhadas a partir da análise situacional dos aspectos demográficos e  
229 socioeconômicos e da situação do setor saúde (Sistema Único de Saúde; Saúde Suplementar;  
230 ambiente e saúde; pesquisa em saúde; tecnologia e insumos estratégicos; prestação de serviço e força  
231 de trabalho; regulação, inspeção e fiscalização). Em relação aos aspectos concernentes às condições  
232 de saúde, ressaltou que seriam analisados os seguintes temas: mortalidade; morbidade; população

negra; população indígena; saúde da mulher; saúde da criança, saúde do adolescente e jovem; saúde do idoso; saúde do trabalhador; alimentação e nutrição; saúde mental; acidentes e violências. Em relação à análise das linhas de atenção à saúde seriam tratadas as questões da atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar, vigilância em saúde, serviços de urgência e emergência, e Sistema Nacional de Transplantes. Sobre a gestão em saúde, seriam trabalhados os seguintes aspectos: financiamento; descentralização; participação social; gestão do trabalho e educação em saúde; informação em saúde; análise em relação ao investimento em saúde; e análise situacional. Feitas essas considerações sobre o Plano Nacional de Saúde, passou a apresentar uma análise situacional (diagnóstico) sobre a saúde da população brasileira que buscava consubstanciar as estratégias definidas pelo Ministério da Saúde. Explicou que a análise situacional estava sendo trabalhada a partir de um perfil sócio-econômico-demográfico das condições de saúde da população brasileira e da organização e funcionamento do SUS. Disse que foram utilizados como insumos para a análise das condições de saúde da população as análises sobre o tema, validadas pelo Ministério da Saúde, dados da pesquisa realizada com os participantes da 12ª Conferência Nacional de Saúde, dados do *Projeto Saúde 2004*, e aspectos debatidos na 12ª Conferência. Informou que na análise foi considerada a distribuição dos municípios brasileiros por faixa populacional, em virtude de o SUS possuir base municipal e de 48% dos municípios brasileiros terem até dez mil habitantes, o que se configura em dado relevante no debate sobre a organização do sistema. Além disso, mais de 60% da população brasileira habitava os municípios de maior porte. Sobre os óbitos no Brasil, explicou que, conforme dados de 2001 do Sistema de Mortalidade, as principais causas de morte eram: doenças isquêmicas do coração; outras doenças cardíacas; homicídios; diabetes; acidente/transporte; pneumonias; outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas; doenças hipertensivas; neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões; septicemia; neoplasia maligna do estômago; e AIDS. Comentou também sobre análise da Escola de Saúde Pública, de 1998, a respeito dos anos de vida perdidos, que trabalhava dados de morbidade e mortalidade da população, que seriam considerados na definição do Plano. Falou também sobre a mortalidade infantil, destacando redução importante entre 1994 e 2001, apesar da manutenção das desigualdades regionais, intra-regionais e nacionais. Comentou sobre a incidência de tuberculose entre 2000 e 2002, ressaltando que se tratava de um problema de saúde muito grave e, desse modo, era uma das prioridades do Ministério da Saúde para 2004. Em relação ao ciclo de vida, apresentou dados sobre a saúde do adolescente, do adulto e do idoso. A propósito da saúde do adolescente, destacou que na região Norte, uma em cada quatro mães adolescentes teve seu filho entre 15 e 16 anos de idade. Ressaltou que esse dado refletia um insucesso das estratégias de promoção à saúde e planejamento familiar. Sinalizou que, em 2001, o Sinasc registrou um total de 3.106.525 nascidos vivos, sendo 723.070 (23,3%) filhos de mães adolescentes, entre 10 e 19 anos de idade, no país. Destacou que a região Norte apresentou a maior proporção de nascidos vivos entre mães de 10 a 19 anos de idade (30,3%) e a região Sudeste foi a que registrou menor proporção (19,8%). No que diz respeito à saúde do adolescente, enfatizou que as causas externas representavam a primeira causa de morte de adolescentes de 10 a 19 anos de idade. Em 1998, mais de 16 mil adolescentes morreram, representando 62,40% do total de mortes nessa faixa etária, sendo os acidentes de trânsito a maior causa de mortes entre os jovens do sexo masculino em todo o mundo, geralmente relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas. No que se refere à saúde do adulto, destacou que, ao comparar dois períodos de cinco anos - 1979 a 1983 e 1995 a 1999 – constatou-se variações significativas na mortalidade por câncer na população masculina e feminina. No conjunto dos óbitos por tumores malignos diminuiu a mortalidade por câncer de estômago (5,54% entre os homens e 3,32% entre as mulheres); aumentou significativamente entre os homens a proporção de óbitos por câncer de próstata (4,16%), e entre as mulheres, por câncer de traquéia, brônquios e pulmões (2,25%) e por câncer de mama (1,82%). Chamou a atenção também para a precariedade da atenção obstétrica, destacando que a menor cobertura de pré-natal foi encontrada no Nordeste (75%) e a maior no Estado do Rio de Janeiro (96%). Destacou também a questão da violência sexual como um fator preocupante a ser considerado. Sobre a saúde do idoso, destacou que a faixa etária de 60 anos ou mais era a que mais crescia em termos proporcionais. Sinalizou que, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 1950 e 2025, a população de idosos no país iria crescer dezesseis vezes contra cinco vezes da população total, o que colocaria o Brasil, em termos absolutos, como a sexta população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Comentou, em seguida, sobre aspectos relativos ao financiamento, informando que os Estados mais dependentes de recursos federais no financiamento da saúde eram o Maranhão (78%), o Piauí (76%) e a Paraíba (75%). Os Estados do Acre (59%), Amapá (51%) e Amazonas (46%) apresentavam maior participação dos governos estaduais. Entre os que apresentam maior participação dos governos municipais, destacou os Estados de São Paulo (34%),

292 Minas Gerais (31%) e Mato Grosso do Sul (31%). Ressaltou que, em 2001, a despesa federal média  
293 por internação no SUS foi de R\$ 433 para o Brasil, com variações entre R\$ 295 na região Norte e R\$  
294 514 na região Sudeste, o que refletia distribuição da rede hospitalar de maior complexidade. A  
295 propósito, sinalizou que o custo da internação na faixa etária de 60 anos ou mais era mais elevado em  
296 relação às demais. Nessa linha, disse que seria necessário redirecionar a atenção à saúde do idoso,  
297 com definição de estratégias para diminuição do custo da internação como a internação domiciliar, o  
298 cuidado na prevenção e promoção, o que teria impacto na qualidade de vida dessa população e das  
299 demais. Destacou alguns dos avanços do setor saúde, entre eles a evolução e o aumento do Piso da  
300 Atenção Básica, o aumento do número de equipes do Programa Saúde da Família (vinte mil equipes  
301 implantadas), o aumento do número de equipes de Saúde Bucal; e a evolução e aumento do número  
302 de pessoas assistidas pelos agentes comunitários. Falou sobre a evolução da cobertura da saúde  
303 suplementar, fator que seria tratado no Plano Nacional de Saúde, e do crescimento da cobertura da  
304 saúde suplementar. Nessa linha, sinalizou a necessidade de regulação do atendimento prestado pelo  
305 setor. Prosseguiu falando sobre a qualidade da informação de saúde disponível que apontava algumas  
306 limitações para as análises. Disse que uma parcela importante dos problemas de saúde da população  
307 poderia estar invisível para os órgãos gestores da saúde; os sistemas de saúde de menor grau de  
308 organização estavam mais expostos aos erros de registro de informação, distorcendo os diferenciais  
309 encontrados; e algumas variáveis essenciais para o estudo de desigualdades em saúde – ocupação,  
310 raça, dieta, tabagismo, consumo de álcool, entre outras – eram negligenciadas em seu preenchimento  
311 ou estavam ausentes das bases de dados em saúde. Falou sobre o destaque do Plano em relação à  
312 população negra, que representava 45% da população brasileira. A propósito, citou dados sobre a  
313 saúde da população negra como: mulheres negras recebiam tratamento diferenciado e menores  
314 cuidados médicos, quando comparadas com as mulheres brancas: 5,1% de gestantes brancas não  
315 receberam anestesia na parto normal, para 11,1% das gestantes negras; 69,5% dos óbitos dos homens  
316 negros ocorrem até 54 anos, para uma proporção de 45,1% para os homens brancos; a diferença  
317 relativa entre os níveis de mortalidade de negros e brancos, menores de um ano, entre 1980 e 2000,  
318 passou de 21% para 40%, praticamente dobrando a disparidade; a taxa de mortalidade dos homens  
319 negros sempre supera a dos homens brancos; o risco relativo de morte materna é 7,4 vezes maior nas  
320 mulheres negras do que nas brancas. Acrescentou que seria realizado seminário em junho de 2004,  
321 com a participação de várias representações, para discutir os aspectos relativos ao Plano Nacional de  
322 Saúde concernentes à população negra. A propósito da gestão do PNS, disse que considerava a  
323 estratégia de desenvolvimento de longo prazo, com defesa da inclusão social e desconcentração da  
324 renda, integrada a vigoroso crescimento do emprego e da renda, ambientalmente sustentável e redutor  
325 das desigualdades regionais, dinamizado pelo mercado de consumo de massa. Enfatizou novamente  
326 que as estratégias de desenvolvimento do Plano foram trabalhadas em relação aos megaobjetivos e  
327 programas do PPA. Explicou que o Ministério da Saúde estava trabalhando diretrizes e metas para um  
328 pacto pela saúde em relação ao setor saúde, às condições de saúde; linhas de atenção à saúde;  
329 gestão em saúde; e investimentos em saúde. Nessa linha, apresentou conjunto de iniciativas prioritárias  
330 do Ministério da Saúde para 2004, a saber: I. Farmácia popular; II. Qualificação da atenção à saúde  
331 (Qualisus) - ampliar o acesso ao nível da atenção básica, das urgências e dos hospitais por intermédio  
332 do estabelecimento de um pacto voltado para a qualidade e a humanização do atendimento; III. Saúde  
333 bucal - Metas: implantar 3.000 novas equipes de saúde bucal e 354 centros de especialidades; fornecer  
334 989 equipes odontológicas; 621 sistemas de fluoretação; fornecimento de insumos para 9.000 equipes  
335 de saúde bucal; distribuição de 1.900.000 kits de higiene oral; IV. Saúde da mulher, com foco na  
336 redução da mortalidade materna; V. Transplante; VI. Saneamento; VII. Saúde mental – ampliação e  
337 fortalecimento da rede extra-hospitalar de atenção aos portadores de transtornos mentais; VIII. Controle  
338 da hanseníase e da tuberculose; IX. Serviço civil profissional em saúde – instituição do serviço civil  
339 profissional para as carreiras da saúde nas modalidades de graduação e especialização em serviço,  
340 como estágio curricular obrigatório para atuação em localidades com baixa densidade tecnológica e de  
341 atenção à saúde; X. Garantia de maior suficiência do SUS na produção de hemoderivados,  
342 imunobiológicos e fármacos - assegurar a qualidade e a auto-suficiência em sangue, componentes e  
343 derivados sanguíneos; assegurar a auto-suficiência na produção de imunobiológicos essenciais,  
344 levando à redução da dependência de importação; e fomentar a produção farmacêutica e de insumos  
345 estratégicos; XI. Saúde indígena - meta: prestar atendimento a 411.600 indígenas; XII. Monitoramento,  
346 avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros transferidos aos estados,  
347 municípios e instituições no âmbito do SUS; XIII. Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29;  
348 XIV. Qualificação da gestão e regionalização no SUS; XV. Aprovação do Plano Nacional de Saúde; e  
349 XVI. Aprimoramento da qualidade da assistência prestada pelos planos de saúde privados. Concluiu a  
350 explanação apresentando o calendário de debate do Plano Nacional de Saúde: finalização do

351 documento para discussão interna – 13 de abril; definição de Equipe Nacional – 07 de abril;  
352 apresentação no CNS – 14 de abril; oficinas do Ministério da Saúde – 19 ou 20 de abril; momento Net –  
353 20 de abril a 20 de maio; Oficina Nacional com Gestores – 03 a 05 de maio; e apreciação no CNS – 08  
354 de junho. Agradeceu às representações da ABRASCO que colaboraram substancialmente no processo  
355 de definição do documento apresentado. Acrescentou que a proposta apresentada visava definir metas  
356 nacionais para as linhas de cuidado citadas. Além disso, sinalizou a necessidade de o PNS ser um  
357 elemento integrado ao cotidiano, constituindo-se em uma trilha que permitiria a incorporação de novas  
358 idéias. Conselheiro **Moisés Goldbaum** cumprimentou o Subsecretário de Planejamento e Orçamento  
359 pela apresentação e manifestou apoio ao documento apresentado que, apesar de embrionário,  
360 procurava contemplar a saúde em todos os seus aspectos. Sugeriu, como contribuição ao documento,  
361 a incorporação das diretrizes emanadas da 12ª Conferência. Além disso, destacou o fato de os  
362 princípios de saúde coletiva, em especial dos conceitos epidemiológicos, terem sido incluídos no  
363 documento. Conselheira **Rosane Lowenthal** chamou a atenção para o fato de o Plano não tratar das  
364 pessoas portadoras de deficiência e de patologia que representavam 14,5% da população brasileira.  
365 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou o Subsecretário de Planejamento e Orçamento pela  
366 apresentação e sugeriu a inclusão das deliberações da Conferência Nacional de Medicamentos e  
367 Assistência Farmacêutica e ações preventivas e promoção à saúde nas bases conceituais do Plano.  
368 Destacou o Projeto Farmácia Popular como uma importante iniciativa, entretanto, lembrou a diretriz da  
369 Conferência de Medicamentos de incluir os laboratórios oficiais na produção de medicamentos para  
370 atender a integralidade da assistência do SUS, com fornecimento gratuito do medicamento.  
371 Conselheira **Neide Regina C. Barrigueli** mostrou preocupação com o fato de os usuários, bem como o  
372 CNS, não ter participado do processo de construção do Plano. Nesse sentido, solicitou que o  
373 documento apresentado fosse disponibilizado aos Conselheiros do CNS para apresentação de  
374 contribuições. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** manifestou preocupação com a evolução da  
375 tuberculose e do setor de saúde suplementar no país. Disse ser necessário ater-se à distorção  
376 preconizada pelo atual modelo de atenção e, a propósito, disse que o maior desafio do Ministério da  
377 Saúde e do CNS referia-se à inversão desse modelo. Chamou a atenção para o fato de não ter sido  
378 apresentado, no diagnóstico, quadro sobre a situação dos recursos humanos. Conselheiro **Alexandre**  
379 **de Oliveira Fraga** ressaltou a importância de o tema saúde do trabalhador ser tratado como uma das  
380 prioridades do Plano, considerando o alto índice de acidentes de trabalho no país. Sugeriu que fosse  
381 definida dinâmica para discussão do Plano Nacional de Saúde no CNS, haja vista o calendário de  
382 debate do Ministério da Saúde, a fim de não prejudicar, entre outras questões, a construção do  
383 Orçamento de 2005. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sinalizou para a importância de inovar o  
384 processo de construção do Plano, com debates além do Plenário do CNS. Acrescentou ainda a  
385 importância de incluir a questão da saúde do trabalhador e dos portadores de deficiência no Plano.  
386 Conselheira **Silvia Marques Dantas de Oliveira** falou sobre a possibilidade de incorporar ao Plano as  
387 diretrizes da Política de Saúde da Mulher, editadas pela Área Técnica de Saúde da Mulher. Além disso,  
388 sugeriu que as diretrizes da Política de Saúde da Mulher fossem apresentadas aos Conselheiros do  
389 CNS. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu a incorporação das diretrizes da Gestão Participativa e  
390 Controle Social no Plano, visando o fortalecimento dos atores essenciais à construção do SUS.  
391 Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** destacou que as diretrizes basilares para a construção do  
392 Plano eram aquelas emanadas dos fóruns nacionais promovidos pelo SUS (12ª Conferência Nacional  
393 de Saúde, Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, entre outros). Desse  
394 modo, a consulta às Entidades e a pesquisa via internet seria um momento para apresentação de  
395 sugestões complementares ao Plano. Sugeriu que a Reunião Ordinária do CNS do mês de junho fosse  
396 dedicada à discussão do PNS, assim, os Conselheiros teriam condições de verificar se as propostas do  
397 Plano estavam em consonância com as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e da  
398 Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. A Representante da Plenária  
399 Nacional de Conselhos, **Maria do Espírito Santo dos Santos Tavares**, disse que o Plano representava  
400 um avanço, no entanto, ressaltou que seria necessário incluir estratégias para o fortalecimento do  
401 Controle Social nas suas diretrizes. Falou sobre a importância de estabelecer mecanismos para  
402 divulgação do PNS nos estados e municípios que se encontravam no processo de elaboração de seus  
403 Planos Estaduais e Municipais de Saúde. Por fim, destacou a importância de definir as estratégias para  
404 implementação do Plano. Conselheiro **Luiz Alberto Silva** cumprimentou o Ministério da Saúde pelo  
405 Plano Nacional de Saúde e sugeriu que fosse contemplada a questão da saúde educacional.  
406 Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** informou que a Secretaria de Gestão Participativa,  
407 em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, elaborou cadastro que permitiria, via internet, a  
408 comunicação com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Acrescentou que o cadastro, que  
409 seria apresentado na próxima reunião do CNS, poderia contribuir no processo de divulgação do PNS. O

410 Subsecretário de Planejamento e Orçamento, **Valcler Rangel Fernandes**, agradeceu as contribuições,  
411 críticas e sugestões do Colegiado ao Plano Nacional de Saúde. Reconheceu que o documento  
412 apresentava problemas como, por exemplo, o fato de não tratar da questão dos portadores de  
413 deficiência e patologia. Explicou que o problema já havia sido identificado. Contudo, por uma questão  
414 metodológica, optou-se por não tratar da questão na apresentação do documento ao CNS. Acrescentou  
415 ainda que a questão dos portadores de deficiência e patologia era complexa e perpassava todas as  
416 áreas de atenção à saúde. Disse que a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento buscava seguir o  
417 calendário de debate do PNS e acrescentar as sugestões no decorrer do processo de discussão. Nessa  
418 linha, disse que a principal tarefa em relação ao Plano era trabalhar as questões principais de cada  
419 área (saúde da mulher, do trabalhador, do idoso, da criança, entre outros). A propósito da questão dos  
420 medicamentos, explicou que se tentou incorporar ao Plano as principais deliberações da Conferência  
421 de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Dessa forma, propôs que o CNS aprofundasse o debate  
422 sobre o Projeto Farmácia Popular, verificando, em especial, os seus objetivos concernentes ao controle  
423 de preços e oferta de medicamentos. Explicou que o PNS poderia ser distribuído aos Conselheiros, no  
424 entanto, seria importante considerar que se tratava de um documento em processo de construção e  
425 não expressava a totalidade do pensamento do Ministério da Saúde. Acrescentou ainda que a principal  
426 dificuldade em relação ao Plano era agregar os inúmeros diagnósticos realizados no âmbito do  
427 Ministério da Saúde. Enfatizou que o Plano constituía-se em uma das ferramentas importantes para  
428 retomar o planejamento enquanto ação de Governo, com foco na qualificação do modelo de gestão.  
429 Explicou, ainda, que o objetivo do momento internet não era definir bases para o Plano, mas sim  
430 mobilizar a participação dos atores do setor saúde no processo de construção. A propósito da 12ª  
431 Conferência Nacional de Saúde, explicou que aguardava a conclusão do Relatório para incluir as suas  
432 diretrizes no Plano. Em relação à apreciação e debate do documento no âmbito do CNS, sugeriu a  
433 indicação de Conselheiros para promover interlocução com a Secretaria de Planejamento e Orçamento  
434 e acompanhar o processo de discussão. Além disso, propôs que na próxima Reunião do CNS fosse  
435 destinado um dia para debate e análise mais aprofundada do documento, a partir de nova metodologia  
436 e dinâmica. Por fim, informou que algumas das contribuições do CNS seriam incorporadas, de imediato,  
437 ao documento apresentado. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu a realização de reunião  
438 extraordinária ou oficina do CNS no mês de maio para discutir a pré-proposta do Plano Nacional de  
439 Saúde. Feitas essas considerações, o Plenário decidiu que, após a apreciação do Relatório Final da  
440 12ª Conferência seria realizada reunião extraordinária do CNS para apreciação do Plano Nacional de  
441 Saúde, com metodologia, dinâmica e data a ser definida pela CCG. Para isso, a Subsecretaria de  
442 Planejamento e Orçamento encaminharia aos Conselheiros o documento apresentado, bem como  
443 versões mais atualizadas do mesmo. **ITEM 02 – RELATO DA COMISSÃO DE COORDENAÇÃO**  
444 **GERAL- CCG** – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou o relatório da  
445 reunião da Comissão de Coordenação Geral do CNS, realizada no dia 24 de março de 2004, destacando, em especial, os encaminhamentos definidos na reunião que necessitavam de deliberação  
446 do Plenário, a saber: I. Parecer sobre o Projeto de Lei que cria a Agência Paulista de Controle de  
447 Doenças solicitado pelo SindSaúde de São Paulo e já discutido pelo Conselho Estadual de Saúde de  
448 São Paulo. O Plenário endossou o encaminhamento da CCG de indicar relator para preparar parecer  
449 sobre o projeto de lei, no prazo de sessenta dias, a ser apresentado ao Plenário. Os Conselheiros  
450 **Moisés Goldbaum e Rosane Lowenthal** foram indicados para preparar o parecer. A respeito, conselheira  
451 **Graciara Matos Azevedo** sugeriu que os indicados solicitassem apoio do Conselho Regional de  
452 Odontologia/SP, para a elaboração do parecer sobre o projeto, que será oportunamente submetido à  
453 apreciação e deliberação do CNS. II. Projeto de Lei nº 2.473/03, do Deputado **Colbert Martins**, que  
454 dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O  
455 Plenário ratificou o encaminhamento da CCG de solicitar reunião com o Deputado **Rafael Guerra**,  
456 relator do Projeto, na Câmara dos Deputados, para discutir o Projeto com o CNS e a CONEP. III. GT  
457 sobre Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS), criado em janeiro de 2004. A  
458 proposta da CCG era definir o prazo de 26 de abril de 2004 para conclusão do parecer. Conselheiro **Eni**  
459 **Carajá Filho**, membro do GT, sugeriu que a proposta de Parecer já elaborada fosse encaminhada aos  
460 novos membros do Grupo responsáveis por prestar assessoria jurídica. O Plenário endossou o prazo  
461 de até 26 de abril para a conclusão do trabalho do GT sobre OSCIPS, a fim de que o Parecer fosse  
462 apreciado e votado na 142ª Reunião Ordinária, a ser realizada nos dias 05 e 06 de maio. A proposta de  
463 Parecer já elaborada pelo GT seria encaminhada aos novos membros do Grupo para análise jurídica.  
464 IV. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – demonstra preocupação com as datas das  
465 conferências temáticas, o que poderá inviabilizar a participação nos municípios. O Plenário endossou o  
466 encaminhamento de enviar Ofício ao Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul informando  
467 sobre as Conferências Regionais e indicar o apoio da Comissão de Articulação e Mobilização. V.

469 Comissões de Articulação e Mobilização das Conferências Nacionais de Ciência, Tecnologia e  
470 Inovação em Saúde e de Saúde Bucal. A proposta da CCG era que as Comissões funcionassem  
471 conforme a Comissão de Articulação e Mobilização da 12ª Conferência Nacional de Saúde. A  
472 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que a Comissão de Articulação e  
473 Mobilização era composta pelos Conselheiros titulares e suplentes do CNS e os membros titulares da  
474 Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e o seu objetivo era auxiliar no processo de realização das  
475 Conferências Estaduais (os membros acompanharam, preferencialmente, o seu Estado de origem), e  
476 acompanhar os estados que porventura apresentassem problemas. Disse que a proposta era realizar  
477 reunião das Comissões de Articulação e Mobilização das Conferências Nacionais de Ciência,  
478 Tecnologia e Inovação em Saúde e de Saúde Bucal com os Conselheiros membros das Comissões que  
479 não participaram do processo de construção do Regimento Interno das Conferências Temáticas e  
480 acompanham as Conferências Estaduais. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que a estrutura da  
481 Comissão de Mobilização e Articulação das Conferências Temáticas fosse mantida (Conselheiros  
482 Titulares do CNS, Coordenadores Regionais da Plenária de Conselhos e Secretaria-Executiva do CNS)  
483 e que o seu papel fosse assessorar politicamente as Conferências Temáticas Municipais e Estaduais.  
484 Além disso, acrescentou que os Conselheiros que desejassesem poderiam contribuir nos trabalhos da  
485 Comissão. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, ressaltou que as Comissões de  
486 Mobilização e Articulação teriam de estimular a organização e realização das Conferências Estaduais e  
487 Municipais, bem como acompanhá-las. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que a Comissão  
488 de Mobilização e Articulação fosse composta, formalmente, por alguns Conselheiros, entretanto, todos  
489 os Conselheiros deveriam participar do processo de mobilização e articulação. **Após considerações, o**  
490 **Plenário decidiu que as Comissões de Articulação e Mobilização seriam compostas pelos Conselheiros**  
491 **titulares do CNS, Coordenadores Regionais da Plenária de Conselhos e Secretaria-Executiva do CNS.**  
492 **Após a reunião das Secretarias-Executivas de Conselhos**, que ocorreria no dia 27 de abril de 2004, os  
493 **Conselheiros interessados em compor a Comissão seriam convidados a participar de debate sobre**  
494 **Regimento Interno e Documento-Base das Conferências Temáticas. As Comissões de Mobilização e**  
495 **Articulação, nos próximos vinte dias, deveriam promover articulação em estados e municípios, de forma**  
496 **a estimular a realização das Conferências Municipais e Regionais.** VI. Ofício da Secretaria de Estado  
497 da Saúde de São Paulo, no qual o governo de Estado demonstra preocupação com a viabilidade de  
498 realização da etapa municipal da Conferência de Saúde Bucal e levanta a possibilidade de realização  
499 de conferências regionais. **O Plenário endossou o encaminhamento da CCG que enviou informe sobre**  
500 **as conferências regionais ao Conselho Estadual de São Paulo.** VII. Relatório anual do Contrato de  
501 Gestão – Exercício 2003, celebrado entre o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância  
502 Sanitária – ANVISA. O Plenário endossou o encaminhamento da CCG e indicou os Conselheiros  
503 **Alexandre de Oliveira Fraga e Gilca Starling Diniz para analisar o Contrato e apresentar relatório ao**  
504 **CNS no prazo de sessenta dias.** VIII. Transporte para conselheiros. A CCG enviou ofício aos  
505 Conselheiros informando que o transporte seria garantido nos dias das Reuniões Ordinárias e  
506 Extraordinárias do CNS. IX. Projeto de lei nº 20/03, de autoria do Deputado **Roberto Gouveia**, que cria o  
507 Código de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**  
508 **Aparecida da Cruz**, informou que a CCG, frente à necessidade de avaliar o projeto de lei que cria o  
509 Código de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde, decidiu criar GT para elaborar parecer sobre o  
510 mesmo. Desse modo, foram colhidas opiniões de técnicos e Conselheiros para elaboração de diretrizes  
511 do CNS sobre o Código de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde. A Representante da  
512 Secretaria-Executiva do CNS, **Alessandra Ximenes**, com a colaboração do Conselheiro **Francisco das**  
513 **Chagas Dias Monteiro**, apresentou o Parecer, elaborado pelo GT, com as contribuições ao Projeto de  
514 Lei nº 20/03, que deveriam ser encaminhadas ao relator do Projeto para serem incorporadas ao PL, a  
515 saber: a) esclarecer quais são as instâncias de controle, acompanhamento e fiscalização para efetiva  
516 implementação do Código; incluir o papel dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde; o  
517 papel dos Conselhos Profissionais; e o papel do Ministério Público; b) esclarecer a questão da  
518 hierarquização dos serviços de saúde, da capacidade de atendimento dos serviços e da  
519 responsabilidade pelo atendimento das ações e serviços de saúde; c) incluir no art. 1º o princípio da  
520 integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços  
521 preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de  
522 complexidade do sistema; e d) incluir no art. 8º punições também para os gestores hierarquicamente e  
523 prestadores de serviço; e considerar os aspectos concernentes às condições de trabalho dos  
524 trabalhadores (a existência de jornada múltipla, excesso de demanda e setores de atuação).  
525 Conselheiro **Olympio Távora Correa** chamou a atenção para a necessidade de definir melhor a questão  
526 “dos órgãos de fiscalização do exercício profissional”, a fim de evitar que o Serviço de Saúde fosse  
527 obrigado a se inscrever e pagar inscrição de todos os órgãos profissionais, o que contraria a

528 legislação de fiscalização do exercício profissional. Sugeriu, ainda, a inclusão de item definindo que os  
529 serviços públicos, privados e filantrópicos deveriam ter remuneração adequada às responsabilidades e  
530 necessidades para prestação de serviços de boa qualidade. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**  
531 pediu esclarecimentos sobre a criação do GT que elaborou o parecer sobre o projeto de lei. A  
532 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que, frente à premência de  
533 apresentação de opinião do CNS sobre o Código de Defesa de Usuários, a CCG sugeriu a criação do  
534 GT para a elaboração de diretrizes do CNS sobre o Código de Defesa dos Usuários dos Serviços de  
535 Saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou congratulações ao Deputado **Roberto Gouveia**  
536 pela elaboração do Projeto que, na sua concepção, contribuiria para a melhoria do atendimento ao  
537 usuário. Sugeriu, entretanto, que a questão dos custos dos serviços de saúde não fosse tratada no  
538 projeto de lei. Por fim, pediu esclarecimentos sobre o seguinte trecho do Parecer “os aspectos  
539 referentes às condições de trabalho, no sentido de observar a existência de jornada múltipla”.  
540 Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** falou sobre a importância do projeto de lei e sinalizou para  
541 que fossem, também, tratadas as questões anteriores ao projeto – humanização no que diz respeito  
542 aos trabalhadores; jornada de trabalho; prestação de serviços de saúde; relação número de  
543 profissionais e demanda – para, em seguida, apontar os pontos do documento que precisavam ser  
544 revistos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** manifestou discordância sobre a inclusão do trecho sobre  
545 jornada múltipla no Parecer. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** manifestou apoio à iniciativa, considerando  
546 que contemplava as determinações da Constituição Federal, da Lei nº 8.080/90 e da Lei nº 8.142/90,  
547 constituindo-se em um mecanismo para implementação das mesmas. Sugeriu a inclusão de item que  
548 tratasse sobre as “punições” para os atores que não cumprissem as suas responsabilidades. A  
549 representante da Secretaria-Executiva do CNS, **Alessandra Ximenes**, explicou que o GT, formado com  
550 o propósito de elaborar diretrizes sobre o Código de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde, era  
551 favorável ao projeto de lei e destacou, a partir das diretrizes e princípios do projeto, pontos que  
552 deveriam ser complementados e incluídos. Conselheiro **Francisco das Chagas Dias Monteiro** explicou  
553 que, ao debater a questão da humanização dos serviços, seria necessário considerar questões como  
554 jornada múltipla, excesso de demanda, que eram realidades do sistema. Por outro lado, disse que  
555 defendia a dedicação exclusiva e tempo integral para os servidores da saúde. **Frente à polêmica em**  
556 **relação à jornada múltipla, o Plenário decidiu retirar o trecho “no sentido de observar a existência de**  
557 **jornada múltipla” do Parecer.** Conselheiro **Geraldo Adão Santos** apresentou como sugestão ao Código  
558 a inclusão do tema da integralidade da assistência, bem como a importância de seqüência das ações  
559 de saúde. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que uma das sugestões  
560 contidas no Parecer era a inclusão do princípio da integralidade no projeto. Além disso, informou que o  
561 Deputado Roberto Gouveia, autor do projeto de lei, solicitou a discussão do mesmo no Plenário do  
562 CNS. **Após essas considerações, o Plenário manifestou apoio ao projeto de lei e decidiu encaminhar ao**  
563 **relator do projeto o Parecer e as demais contribuições do CNS para serem incorporadas.** Além disso,  
564 **será pautado debate sobre o projeto de lei no CNS, sendo, para tanto, convidado o Deputado Roberto**  
565 **Gouveia.** X. Projeto sobre Conselho Gestor, do Deputado **Roberto Gouveia**. A Secretaria-Executiva do  
566 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou, a princípio, que na 138ª Reunião, realizada nos dias 14 e 15  
567 de janeiro 2004, o Plenário delegou aos Conselheiros **José Luiz Spigolon** e **Solange Gonçalves Belchior**  
568 a análise do projeto de lei, de autoria do Deputado **Roberto Gouveia**, que dispõe sobre a organização  
569 dos Conselhos Gestores. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** explicou que o GT realizou várias  
570 reuniões, no entanto, frente à falta de consenso sobre o tema, não conseguiu definir encaminhamento  
571 para ser apresentado ao Plenário. Nesse sentido, a Secretaria-Executiva, autorizada pelos membros do  
572 GT, apresentou proposta de Parecer que foi acatada pelo Grupo. Feitas essas considerações,  
573 apresentou a proposta de Parecer que se manifesta favorável ao Projeto de Lei nº 197/03, que dispõe  
574 sobre a organização de Conselhos Gestores nas unidades do Sistema Único de Saúde em todo o  
575 território nacional, por entender que o SUS é um universo composto pelo setor público e privado,  
576 caracterizado pelos conveniados e contratados. Feita a apresentação do Parecer, informou que o  
577 Conselheiro **Olympio Távora Correa** apresentou parecer jurídico, solicitado pela Conferência Nacional  
578 de Saúde (CNS), acusando a constitucionalidade do projeto de lei em questão. Conselheiro **Olympio**  
579 **Távora Correa** explicou que o parecer do CNS apresentava análise do projeto de lei sob a ótica da  
580 Constituição Federal e do Código Civil. Apresentou vários argumentos que apontavam a  
581 constitucionalidade do projeto, dentre eles, o fato de ultrapassar os limites do bom senso e da  
582 razoabilidade, bem como da legalidade e constitucionalidade, pois efetivava a intervenção estatal na  
583 livre iniciativa privada e desconsiderava diversas regras de gestão dos estabelecimentos de saúde.  
584 Além disso, destacou que a autonomia, o poder de direção e, portanto, a livre iniciativa estaria  
585 absolutamente comprometida com a instituição de Conselhos Gestores na forma do projeto de lei  
586 apresentado, conforme os artigos 170 e 174 da Constituição Federal e do artigo 54 do Código Civil.

587 Frente a tais argumentos, disse que o projeto não deveria evoluir na forma que se encontrava e ainda  
588 que, caso fosse aprovado, seria deferida liminar no STF acusando a sua constitucionalidade. Por fim,  
589 solicitou que o Plenário considerasse as suas colocações antes de enviar o Parecer ao Congresso  
590 Nacional. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** comentou sobre os principais pontos de divergência  
591 entre os membros do GT em relação ao projeto de lei, destacando em especial, a discordância em  
592 relação ao papel do setor público em relação ao setor privado. Destacou que alguns membros  
593 acreditavam que o Estado, enquanto contratador dos serviços, tinha o direito de determinar as formas  
594 de contratação do prestador, e outros não. Afirmou que, conforme a Constituição Federal, o Estado era  
595 responsável por conduzir a Política da Saúde. Acrescentou, ainda, que a sociedade tinha o direito de  
596 “controlar” a utilização de verba pública e o Estado tinha o papel de determinar a sua forma de  
597 utilização. Explicou que alguns itens da proposta de projeto de lei precisam ser revistos, porém, o seu  
598 conteúdo deveria ser preservado. Além disso, ressaltou que, conforme posição dos fóruns do Controle  
599 Social, os Conselhos Gestores deveriam ser subordinados à instância de Controle Social. Por fim,  
600 ressaltou que o Grupo procurou fazer uma análise política do projeto e não jurídica. Por essa razão, o  
601 GT sugeriu que o Parecer Jurídico, apresentado pelo Conselheiro **Olympio Távora Correa**, fosse  
602 distribuído aos Conselheiros para conhecimento. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto**  
603 sinalizou que, conforme a Constituição Federal, a assistência à saúde era livre à iniciativa privada, no  
604 entanto, o setor privado, ao prestar serviço de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, tinha  
605 de se submeter a regras do direito e interesse público. Nessa linha, ressaltou que o projeto de lei não  
606 feria a Constituição, portanto, deveria ser apreciado e aprovado pelo Plenário do CNS. Conselheiro **Eni**  
607 **Carajá Filho** sugeriu que o projeto de lei definisse os “limites” do caráter deliberativo do Conselho  
608 Gestor, a fim de evitar conflitos com as atribuições dos Conselhos de Saúde. Além disso, propôs que o  
609 Parecer do CNS sobre o projeto tratasse da questão de entes privados na direção dos serviços de  
610 saúde, o que ia de encontro ao artigo 26 da Lei nº 8.080/90, que proíbe o gerenciamento de serviços  
611 públicos de saúde por proprietários de hospitais particulares. Por fim, destacou que o Plenário deveria  
612 deliberar sobre o Parecer do CNS, a fim de encaminhá-lo, junto com as preocupações do Plenário, ao  
613 autor do projeto. Conselheiro **Francisco das Chagas Dias Monteiro** elogiou a preocupação do Deputado  
614 **Roberto Gouveia** com o SUS e com a sociedade, buscando ampliar a participação da sociedade nas  
615 discussões e no controle das ações de saúde. Entretanto, disse que a proposta de Conselho Gestor  
616 nas Unidades do SUS era impraticável e, nessa linha, disse que seria necessário separar Conselho  
617 Gestor e Conselho de Saúde. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou aos  
618 Conselheiros que fora solicitado ao Deputado **Roberto Gouveia** a definição da palavra “gestor”.  
619 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que seria necessário reconhecer a importância do Sistema  
620 Privado na prestação dos serviços de saúde do país, o que era resultado dos equívocos cometidos no  
621 decorrer de toda a história do SUS. Chamou a atenção para a cultura de centralização de poder que  
622 imperava no país e, nessa linha, falou sobre a dificuldade de implantar Conselhos Gestores nas  
623 Unidades de Saúde do SUS. Mostrou-se favorável ao projeto de lei, por entender que contribuiria para  
624 a democratização da atenção pública. Acrescentou, ainda, que o projeto, em nenhum de seus  
625 dispositivos, apontava para a interferência do Conselho Gestor na administração da unidade privada ou  
626 pública. Concluiu propondo que o Plenário aprovasse o projeto com louvor e incentivasse os Conselhos  
627 de Saúde Estaduais e Municipais a apoiarem a iniciativa. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**  
628 manifestou-se favorável à proposta, no entanto, discordou do caráter deliberativo dos Conselhos  
629 Gestores, por entender que poderia confrontar com os Conselhos de Saúde. Conselheiro **Augusto**  
630 **Alves do Amorim** sugeriu que as contribuições do CNS fossem encaminhadas ao Deputado **Roberto**  
631 **Gouveia** e, em seguida, o Plenário se manifestasse formalmente sobre o mérito do projeto. Conselheiro  
632 **Alexandre de Oliveira Fraga** falou sobre o resultado positivo da implantação de Conselhos Gestores  
633 nas unidades de saúde do Espírito Santo desde 1995. Nessa linha, defendeu o Parecer do CNS e o  
634 projeto de lei nos termos apresentados. Acrescentou, ainda, que as instituições conveniadas ao SUS  
635 deveriam, obrigatoriamente, serem suscetíveis ao Controle Social em todas as instâncias. Em resposta  
636 às intervenções, Conselheiro **Olympio Távora Correa** destacou que o projeto ia de encontro a  
637 dispositivos do novo Código Civil, dentre eles, o artigo 54 que determina que, sob pena de nulidade, o  
638 Estatuto das Entidades conteria o modo de constituição e de funcionamento dos órgãos deliberativos e  
639 administrativos e o artigo 59, que determina como competência da Assembléia Geral do Hospital a  
640 aprovação, privativamente, de contas. Acrescentou, ainda, que conflitava com as Leis 8.142/90 e  
641 8.080/90 ao determinar, dentre outras questões, a competência do Conselho Gestor de acompanhar,  
642 avaliar e fiscalizar os serviços e ações prestadas à população, considerando que as referidas  
643 atribuições eram de competência dos Conselhos de Saúde. Nessa linha, perguntou como seria a  
644 atuação do Conselho Gestor no hospital que possui 30% de atendimento pelo SUS e 70% do setor  
645 privado. Sinalizou, também, que haveria ingerência do Conselho Gestor nas empresas privadas

646 lucrativas ou não. Na sua opinião, seria necessária negociação, buscando adequar o projeto aos  
647 dispositivos da Constituição Federal e do novo Código Civil. Sobre a questão, Conselheira **Solange**  
648 **Gonçalves Belchior** explicou que a Comissão buscou definir posição política do CNS em relação ao  
649 projeto de lei, assim, não cabia a análise jurídica. Disse que seria necessário solicitar ao Ministério da  
650 Saúde a definição de normas e regras para a contratação do setor privado e definir como critério para  
651 obtenção de gestão e administração do recurso do SUS a responsabilidade do gestor no SUS.  
652 Defendeu a aprovação do projeto de lei, por parte do Plenário, com as considerações apresentadas e  
653 as preocupações apresentadas pelo Conselheiro **Olympio Távora Correa** sobre a sua  
654 constitucionalidade e legalidade, as quais deveriam ser avaliadas por consultoria jurídica. O Plenário  
655 aprovou, por unanimidade, o Parecer favorável ao projeto de lei. O Parecer aprovado pelo CNS, o  
656 relatório da Comissão do CNS, o parecer jurídico apresentado pelo Conselheiro **Olympio Távora Corrêa**  
657 e as considerações do Colegiado sobre o projeto seriam encaminhados ao Deputado Roberto Gouveia.  
658 XI. Valor das diárias pagas aos conselheiros. O Plenário autorizou a Secretaria-Executiva do CNS a  
659 elaborar proposta de documento que estabeleça ajuda de custeio de despesas para os conselheiros em  
660 Reuniões Ordinárias e Extraordinárias. XII. Plenária Nacional de Conselhos. A Secretaria-Executiva do  
661 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que foram apresentadas duas propostas de datas para a  
662 realização da Plenária Nacional de Conselhos, sendo: dia 12 de maio de 2004 – sugestão da  
663 Coordenação da Plenária de Conselhos – e dias 12 e 13 de maio de 2004 – sugestão da CCG. Após  
664 consulta aos Conselheiros participantes do Seminário sobre Comissões e GTs do CNS, decidiu-se  
665 convocar a Plenária para os dias 12 e 13 de maio de 2004, sendo que as atividades do dia 12 de maio  
666 seriam realizadas no Auditório Petrônio e seria necessário definir local para o dia 13 de maio. Informou,  
667 ainda, que a Plenária de Conselhos apresentou documento propondo que a Plenária não tivesse  
668 caráter eleitoral. Desse modo, sugeriu que na reunião da Coordenação da Plenária, a realizar-se nos  
669 dias 19 e 20 de abril, fosse concluído documento explicando que, apesar de a Plenária não ter caráter  
670 eleitoral, seria distribuído documento sobre processo eleitoral. A representante da Coordenação da  
671 Plenária Nacional de Conselhos, **Maria do Espírito Santo dos Santos Tavares**, explicou que a  
672 Coordenação da Plenária decidiu adiar a Plenária de Conselhos para o mês de novembro de 2004 na  
673 qual seria discutida a questão do processo eleitoral. Assim, a Plenária a ser realizada no mês de maio  
674 de 2004 seria convocada extraordinariamente para discutir a regulamentação da EC nº 29. Conselheiro  
675 **Francisco Batista Júnior** ressaltou que o CNS já havia definido a questão da Plenária de Conselhos no  
676 Seminário sobre Comissões e GTs. Em resposta, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**  
677 **Cruz**, explicou que o encaminhamento sobre a Plenária definido no Seminário teria de ser submetido à  
678 apreciação e deliberação do Plenário. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que a Plenária  
679 fosse convocada tendo como ponto principal o debate da regulamentação da EC nº 29 e os  
680 participantes decidiriam se a questão do processo eleitoral seria discutida. Conselheira **Solange**  
681 **Gonçalves Belchior** propôs que o CNS produzisse material sobre processo eleitoral da Plenária para  
682 ser distribuído e servir de subsídio, caso os participantes decidissem discutir o tema na Plenária, ou  
683 para incentivar o início do debate nos Estados. Sugeriu, ainda, que fosse destinado espaço na pauta da  
684 Plenária Nacional de Conselhos de Saúde para apresentação do Plano Nacional de Saúde, pelo  
685 Ministério da Saúde. O membro da Coordenação da Plenária, **Júlio César das Neves**, lembrou que, em  
686 virtude da necessidade de mobilização para a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a  
687 Coordenação Nacional da Plenária acatou a proposta de adiar a Plenária de Conselhos para o ano de  
688 2004, apesar da premência de realizar a eleição da nova Coordenação. Explicou que a Coordenação  
689 era favorável à realização de Plenária no mês de maio de 2004 para discutir a regulamentação da EC  
690 nº 29 e não o processo eleitoral. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou  
691 que fora enviado documento aos estados informando a convocação da Plenária extraordinariamente  
692 para os dias 12 e 13 de maio de 2004, com o propósito de discutir a EC nº 29. Acrescentou que o dia  
693 13 de maio seria destinado ao debate sobre o processo eleitoral, caso a Plenária decidesse debater a  
694 questão. Desse modo, foi decidido que seria elaborado documento sobre o processo eleitoral da  
695 Plenária para ser distribuído no evento. Feito esse esclarecimento, perguntou ao Plenário qual o  
696 encaminhamento em relação ao dia 13 de maio – manutenção ou cancelamento. Conselheira **Júlia**  
697 **Maria dos Santos Roland** defendeu o entendimento inicial do Plenário de destinar dois dias para a  
698 realização da Plenária que teria como propósito a discussão da EC nº 29 e do processo de eleição da  
699 coordenação da Plenária. Desse modo, sugeriu que na reunião da Coordenação da Plenária que  
700 ocorreria nos dias 19 e 20 de abril de 2004 fosse discutida a proposta de reservar o dia 13 de maio de  
701 2004 para o debate do processo eleitoral e de elaborar documento sobre como se daria o processo de  
702 eleição da nova coordenação. Reafirmou a necessidade de definir se o debate do processo eleitoral  
703 ocorreria ou não, a fim de evitar que a decisão fosse tomada na Plenária. Conselheiro **Eni Carajá Filho**  
704 sugeriu que o segundo dia da Plenária fosse destinado ao debate sobre princípios e bases do processo

705 de eleição da nova coordenação e à apresentação do Plano Nacional da Saúde. Nessa linha,  
706 apresentou a sugestão de elaborar o documento sobre o processo eleitoral da Coordenação da  
707 Plenária na reunião que ocorreria nos dias 19 e 20 de abril que seria encaminhado à apreciação do  
708 Plenário do CNS. O membro da Coordenação da Plenária, **Júlio César das Neves**, defendeu a proposta  
709 de realizar a Plenária para discutir exclusivamente a EC nº 29, conforme proposta de programação  
710 elaborada pela Coordenação da Plenária. Ressaltou que não havia consenso sobre a proposta de  
711 elaborar documento sobre o processo eleitoral para ser distribuído na Plenária, pois poderia prejudicar  
712 o debate sobre a EC nº 29 e o processo eleitoral. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** defendeu a  
713 proposta de destinar o segundo dia da Plenária para a avaliação da Coordenação e início do debate do  
714 processo eleitoral. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** lembrou que o CNS era responsável por  
715 conduzir o processo de realização da Plenária, no entanto, reconheceu a importância da participação  
716 da Coordenação no processo. Defendeu a proposta de destinar o segundo dia para iniciar o debate  
717 sobre o processo eleitoral da Coordenação, considerando a expectativa das bases em discutir o tema.  
718 A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que no segundo dia de reunião o  
719 Plenário definisse proposta para ser discutida na reunião da Coordenação da Plenária que ocorreria  
720 nos dias 19 e 20 de abril de 2004. O Plenário acatou o encaminhamento e os trabalhos do primeiro dia  
721 de reunião foram encerrados. No segundo dia de reunião, Conselheiro Francisco Batista Júnior  
722 apresentou proposta de programação para o dia 13 de maio de 2004 que não foi aceita pela  
723 Coordenação da Plenária. Após algumas considerações, o Plenário aprovou, com uma abstenção, a  
724 proposta de elaborar documento com as diretrizes para o processo eleitoral da Plenária, previsto para  
725 acontecer em novembro de 2004. O documento, que será elaborado pelos Conselheiros Eni Carajá  
726 Filho, Jesus Francisco Garcia e Maria Natividade G. S. T. Santana, deverá ser submetido à apreciação  
727 e deliberação do Plenário na próxima reunião do CNS, que acontecerá nos dias 05 e 06 de maio de  
728 2004. XIII. Conferências Temáticas. 1. *Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em*  
729 *Saúde* – Conselheiro **Moisés Goldbaum** apresentou informe sobre a reunião da Comissão  
730 Organizadora da Conferência, realizada no dia 13 de abril de 2004, na qual a Comissão decidiu manter  
731 o calendário das Conferências Municipais. Informou que seria distribuído mapa sobre a situação das  
732 Conferências Estaduais e a expectativa era de que todos os estados realizariam Conferências  
733 Estaduais. Falou sobre a proposta de realizar a Conferência Estadual em um único dia, considerando  
734 que seria suficiente para que os estados apreciassem e apresentassem contribuições ao Documento-  
735 Base, que era conciso. Disse que a Comissão Organizadora realizaria reunião no dia 28 de abril para  
736 fazer balanço sobre a reunião das Secretarias-Executivas dos Conselhos Estaduais de Saúde, que  
737 ocorreria no dia 27 de abril de 2004. Informou, ainda, que a Comissão Organizadora aprovou a  
738 logomarca da Conferência que seria submetida à apreciação do Plenário, e reformulou a composição  
739 de algumas das suas comissões. Em seguida, submeteu à apreciação do Plenário questões que  
740 necessitavam de deliberação, a saber: a) Indicação do Relator-Adjunto – O Plenário aprovou, por  
741 unanimidade, a indicação da Professora Rita Barata para a função de relatora-adjunta da Conferência;  
742 b) Mudança de data da realização – aprovada, por unanimidade, a mudança da data da etapa nacional  
743 da Conferência para 25 a 28 de julho de 2004, considerando que a data de 1º a 04 de julho coincidia  
744 com a realização do Congresso de Epidemiologia e do Congresso da SBPC, o que prejudicaria a  
745 participação de várias representações da área de ciência e tecnologia na Conferência; c) Criação de  
746 três suplências para a Comissão Organizadora – O Plenário aprovou, por unanimidade, a criação de  
747 três suplências, a serem ocupadas pelos Conselheiros Eni Carajá Filho e Luiz Fernando Eliotério e pelo  
748 Representante do Ministério da Saúde, Paulo Gadelha. 2. *Conferência Nacional de Saúde Bucal* –  
749 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou informe sobre a reunião das Comissões da  
750 Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada no dia 13 de abril de 2004. Explicou que a proposta da  
751 Comissão era distribuir o Documento-Base até o dia 26 de abril de 2004. Nesse sentido, solicitou que  
752 os Conselheiros coloassem à disposição da Comissão as suas malas diretas para divulgação do  
753 Documento. Informou que na reunião o Coordenador Nacional de Saúde Bucal, **Gilberto Pucca**,  
754 apresentou cinco propostas de logomarcas para a Conferência, das quais a Comissão Organizadora  
755 escolheu uma. Sobre a questão, ponderou que a logomarca escolhida fazia alusão à marca utilizada no  
756 Plano Nacional de Saúde Bucal. Na sua opinião, não seria conveniente utilizar logomarca que  
757 remetesse à marca utilizada pelo Governo e, nesse sentido, sugeriu que o Conselho apreciasse a  
758 questão. Por fim, submeteu à apreciação do Pleno a proposta de contratação da jornalista **Edna M.**  
759 **Cristina dos Santos** que será responsável por prestar assessoria técnica na área de comunicação. A  
760 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, fez uso da palavra para solicitar que os  
761 segmentos concluíssem a indicação dos nomes para compor as Comissões das Conferências até o dia  
762 seguinte, considerando que o material das Conferências seria enviado para publicação. Além disso,  
763 apresentou informe sobre documento da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco encaminhado

764 à Secretaria de Atenção à Saúde, comunicando a impossibilidade de o Estado realizar a etapa estadual  
765 da Conferência de Saúde Bucal e apresentando a proposta de realizar Plenária no lugar da  
766 Conferência, com a participação de representação dos Conselhos Municipais, Conselhos Gestores de  
767 Unidades e Entidades de Classe, Sociedade Civil, Instituições de Ensino e o Conselho do Estado. A  
768 Secretaria-Executiva lembrou que o Regimento Interno não previa a realização de plenária e, a  
769 propósito, sugeriu a formação de comissão do CNS para ir até o Estado e tratar do assunto com a  
770 Secretaria Estadual de Saúde, o Conselho Estadual de Saúde e o COSEMS. A propósito dos pontos  
771 levantados, o Plenário deliberou por: a) assessoria técnica – aprovada, por unanimidade, a indicação  
772 da jornalista Edna M. Cristina dos Santos que será responsável por prestar assessoria técnica na área  
773 de comunicação à Comissão Organizadora; b) logomarca da Conferência – foi acordado que será  
774 solicitada ao Coordenador Nacional de Saúde Bucal, Gilberto Pucca, a elaboração de nova logomarca,  
775 que deverá ser submetida à apreciação da Comissão Organizadora da Conferência; e c) documento da  
776 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – o Plenário aprovou a proposta de formar comissão do  
777 CNS, composta por dois representantes da Comissão Organizadora da Conferência de Saúde Bucal e  
778 dois representantes da Comissão Organizadora da Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em  
779 Saúde, para ir até o Estado e tratar sobre a realização das Conferências Estaduais com a Secretaria de  
780 Saúde do Estado, o Conselho Estadual de Saúde e o COSEMS. ITEM 03 – INFORMES E  
781 INDICAÇÕES – *Informes* – I. O Ministério da Saúde promoverá a *II Mostra Nacional de Produção em*  
782 *Saúde da Família*, de 28 a 30 de abril de 2004, em Brasília. O evento será realizado em comemoração  
783 aos dez anos de implantação da estratégia do Programa Saúde da Família e terá como objetivo  
784 propiciar debate sobre os limites e possibilidades da estratégia, bem como trocar experiências entre as  
785 três esferas de governo. O evento será acompanhado pelos Conselheiros Eni Carajá Filho; Alexandre  
786 de Oliveira Fraga; Francisco Batista Júnior; e Lílian Aliche. II. A Secretaria Estadual de Saúde do  
787 Distrito Federal enviou relatório da sindicância sobre irregularidades no serviço de hemodiálise. A  
788 íntegra do relatório está à disposição dos interessados. *Indicações*: I. Comissão Julgadora dos  
789 trabalhos concorrentes ao prêmio da *II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família* - Data: de  
790 28 a 30 de abril de 2004 – Local: Brasília. *Indicação*: Conselheira Solange Gonçalves Belchior. II.  
791 Internacional de Serviços Públicos – Seminário sobre controle social e Políticas Públicas – Data: de 26  
792 a 28 de abril – Local: Câmara dos Deputados – *Indicação*: Conselheiro Jesus Francisco Garcia. III.  
793 Diálogo Público do Tribunal de Contas da União (TCU) – Palestra sobre experiências relativas a  
794 Controle Social – Data: 17 e 18 de abril – *Indicação*: Conselheira Maria Natividade G. S. T. Santana. IV.  
795 Comitê sobre Urgências e Emergências da Secretaria de Atenção à Saúde – *Indicação*: Geuza Dantas  
796 Lelis; e André Luiz de Oliveira. V. Seminário Nacional de Enfrentamentos Maus Tratos da Pessoa Idosa  
797 – Data: 28 e 29 de abril – Indicação: Conselheira Maria Leda de R. Dantas. ITEM 04 – POLÍTICA  
798 NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA – A Secretaria-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz,  
799 convidou o Presidente da FUNASA/MS, Valdi Camarcio Bezerra, para compor a mesa e apresentar a  
800 Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. O Presidente da FUNASA/MS, Valdi  
801 Camarcio Bezerra, iniciou a sua explanação saudando o Colegiado e manifestando satisfação em  
802 apresentar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas ao Plenário do CNS. A  
803 princípio, falou sobre legislação anterior à definição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos  
804 Indígenas. Relatou que, a partir da Medida Provisória nº 1.911-8, de 29 de setembro de 1999, as  
805 responsabilidades pela atenção à saúde indígena, de responsabilidade da FUNAI/MJ, foram  
806 transferidas para a FUNASA/MS. Em seguida, o Decreto Presidencial nº 3.156, de 27 de agosto de  
807 1999, regulamentou as condições para a prestação da assistência à saúde dos povos indígenas, no  
808 âmbito do SUS. Prosseguiu explicando que a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, denominada  
809 “Lei Arouca”, estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS, determinou  
810 que caberia à União, com recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, e  
811 definiu que os estados, municípios e outras instituições governamentais e não governamentais  
812 poderiam atuar complementarmente no custeio e execução das ações. Além disso, acrescentou que a  
813 Portaria Ministerial nº 1.163, de 14 de setembro de 2000, determinou a responsabilidade da FUNASA  
814 pela execução das ações de atenção à saúde indígena, devendo ser exercida em estreita articulação  
815 com a Secretaria de Assistência à Saúde/MS, a atual Secretaria de Atenção à Saúde. Já o Decreto  
816 Presidencial nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, no artigo 2º, definiu que a organização das ações de  
817 saúde indígena se daria por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), ficando  
818 assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas. Acrescentou que a  
819 Portaria Ministerial nº 254, de 31 de janeiro de 2002, aprovou a Política Nacional de Atenção aos Povos  
820 Indígenas e definiu em suas diretrizes que os serviços de atenção à saúde dos povos indígenas se  
821 organizaria na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Além disso, a Portaria estabeleceu  
822 que, para definição da área geográfica do Distrito, deveria se considerar a população, a área

823 geográfica, o perfil epidemiológico, a disponibilidade de serviços, os recursos humanos e infra-  
824 estrutura, as vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS, as  
825 relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional e distribuição  
826 demográfica tradicional dos povos indígenas. Nessa linha, falou sobre a localização dos DSEI no Brasil,  
827 destacando que somente os Estados do Rio Grande do Norte e Piauí não possuíam população  
828 indígena. Ressaltou que a delimitação dos Distritos não era feita com base na delimitação dos estados  
829 e, a propósito, citou os casos do Distrito Único chamado Litoral Sul que ia do Estado do Rio de Janeiro  
830 até o Rio Grande do Sul e o Interior Sul que abrangia São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande  
831 do Sul. Em relação à assistência à saúde indígena, explicou que a Portaria Ministerial nº 254/02  
832 determinou que os Distritos organizariam uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das  
833 áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada à rede do SUS.  
834 Ressaltou, ainda, que conforme o Decreto Presidencial nº 3.156/99, cada DSEI teria um Conselho  
835 Distrital de Saúde Indígena, com as seguintes atribuições: **a)** aprovação do Plano Distrital; **b)** avaliação  
836 da execução das ações planejadas e a proposição, se necessária, de sua reprogramação parcial ou  
837 total; e **c)** apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços  
838 de atenção à saúde do índio. Nesse ponto, ressaltou que os 34 Distritos Sanitários Indígenas possuíam  
839 Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Acrescentou que o Decreto nº 3.156/99 estabeleceu que a  
840 composição dos Conselhos seria paritária, sendo 50% de representantes dos usuários, indicados pelas  
841 respectivas comunidades; e por 50% de representantes das Organizações Governamentais envolvidas,  
842 prestadoras de serviços e trabalhadores do setor da saúde. Além disso, ressaltou que o Decreto  
843 permitia a criação de Conselhos Locais de Saúde Indígena com as seguintes atribuições: **a)** manifestar-  
844 se sobre as ações e serviços de saúde necessários à comunidade; **b)** avaliar a execução das ações de  
845 saúde na região de abrangência do Conselho; **c)** indicar Conselheiros para o CONDISI e para os  
846 Conselhos Municipais de Saúde, se for o caso; e **d)** fazer recomendações ao CONDISI, por intermédio  
847 dos conselheiros indicados. Acrescentou que os Conselhos Locais, na totalidade, eram compostos por  
848 povos indígenas. Sobre a execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas,  
849 explicou que era feita de forma direta, por repasse fundo a fundo aos municípios que contratavam as  
850 equipes, e por convênios com municípios e ONGs. Ressaltou que se detectou como um dos grandes  
851 problemas da execução da Política de Saúde Indígena a fragmentação, o que dificultava o processo de  
852 avaliação e gerenciamento. Explicou que muitos municípios e ONGs, ao contrário do que determinava a  
853 legislação, desenvolviam ações totais e não complementares, atendendo a uma política formalizada  
854 pelas Organizações, com pouca participação da FUNASA e do Ministério da Saúde. Por outro lado,  
855 disse que o repasse das responsabilidades de execução das ações a estados e municípios foi  
856 necessário naquele momento, pois no decorrer da implementação dos Distritos a FUNASA não tinha  
857 capacidade de implementação, gerência e recursos humanos. Explicou que o modelo convenial  
858 utilizado resultou em problemas relativos a repasse de recursos, pois a não prestação de contas  
859 impedia o repasse de recursos, resultando na descontinuidade das ações. Nessa linha, constatou-se a  
860 necessidade de avançar nos aspectos concernentes a ações, avaliação, gerência e supervisão da  
861 política e de firmar a relação de parceria com estados e ONGs, a fim de otimizar as ações de atenção à  
862 saúde dos povos indígenas. Além disso, informou que se buscava firmar Termo de Ajuste de Conduta  
863 sobre a responsabilidade da FUNASA na gestão da Política de Saúde dos Povos Indígenas, conforme  
864 dispõe a legislação da atenção à saúde indígena. Nessa linha, informou que o Ministério da Saúde  
865 editou a Portaria Ministerial nº 70, de 20 de janeiro de 2004, que aprova as diretrizes de gestão da  
866 Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Disse que a Portaria se adequava à  
867 legislação vigente, atendia às decisões das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Indígena; e  
868 objetivava uma política única de gestão para a saúde indígena. Nessa linha, apontou as diretrizes do  
869 modelo de gestão da saúde indígena, a saber: a Política Nacional de Saúde Indígena como parte  
870 integrante da Política Nacional de Saúde; garantia da atenção integral à saúde, de modo a superar os  
871 fatores de risco e agravos da população indígena; organização dos serviços voltados para a proteção,  
872 promoção e recuperação da saúde; organizar os serviços por meio dos Distritos Sanitários Especiais  
873 Indígenas (DSEI), com responsabilidade do gestor federal; os DSEI deverão ter uma rede de atenção  
874 básica articulada com a rede de serviços do SUS; os DSEI serão compostos de postos de saúde, pólos  
875 base e Casas do Índio (CASAI); participação efetiva dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena  
876 (CONDISI) e Conselhos Locais de Saúde; controle e avaliação através de indicadores de desempenho  
877 e do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI; respeito aos valores, cultura e a  
878 medicina tradicional. Reafirmou as competências dos órgãos, conforme dispõe a legislação da atenção  
879 à saúde indígena: **a)** ao Ministério da Saúde cabe formular, aprovar e normatizar a Política Nacional de  
880 Atenção à Saúde Indígena; **b)** à Fundação Nacional de Saúde cabe coordenar, normatizar e executar  
881 as ações de atenção à saúde, observando os princípios e diretrizes do SUS; **c)** ao Departamento de

882 Saúde Indígena cabe planejar, promover e coordenar o desenvolvimento das ações de saúde; planejar,  
883 coordenar e garantir a assistência farmacêutica; coordenar, executar, promover e divulgar as  
884 informações do SIASI; supervisionar e avaliar as ações; **d)** ao Departamento de Saúde Indígena cabe  
885 propor normas, critérios, parâmetros e métodos para a alocação de recursos financeiros, controle de  
886 qualidade e avaliação; implantar instrumentos para a organização gerencial e operacional das ações;  
887 articulação com órgãos da política indígena; propor alterações das áreas de abrangências dos DSEI;  
888 coordenar e articular no âmbito de sua unidade federada a execução das ações de saúde indígena;  
889 planejar em conjunto com o DSEI as ações de saúde; articular junto a CIB o fluxo de referência para a  
890 média e alta complexidade; articular nos Conselhos Estaduais de Saúde a criação das comissões  
891 técnicas de saúde indígena; homologar e dar posse aos membros dos Conselhos Locais de Saúde;  
892 articular no âmbito da unidade federada a integração intersetorial; **e)** aos Distritos Sanitários Especiais  
893 Indígenas cabe planejar, coordenar e executar as ações integrais de saúde no seu âmbito; executar o  
894 fluxo de referência e contra referência; acompanhar e avaliar todas as ações de saúde; avaliar e  
895 controlar a qualidade das ações; alimentar o SIASI; propor e executar ações dos programas  
896 emergenciais; assegurar as condições de funcionamento dos Conselhos de Saúde; articular as práticas  
897 da medicina tradicional; fortalecer o controle social e o CONDISI; ser a autoridade sanitária responsável  
898 pela saúde; executar atividades administrativas relativas a saúde indígena; **f)** ao Conselho Distrital de  
899 Saúde: aprovar e acompanhar o Plano Distrital de Saúde; acompanhar as ações dos Conselhos Locais  
900 de Saúde; exercer o Controle Social da saúde indígena; e **g)** aos estados, municípios, organizações  
901 governamentais e não governamentais: atuar de forma complementar na execução das ações da saúde  
902 indígena, definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena. Informou que o orçamento da FUNASA 2004  
903 era de R\$ 243 milhões, sendo R\$ 164 milhões da própria FUNASA, R\$ 61 milhões de repasse fundo a  
904 fundo SAS/MS e R\$ 17 milhões do Projeto Vigisus. Explicou que a alocação dos recursos dos Distritos  
905 Sanitários era definida com base nos seguintes critérios: população; dificuldade de acesso; índice de  
906 mortalidade infantil; prevalência da tuberculose; prevalência de malária e série histórica. Em seguida,  
907 falou sobre o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado a  
908 FUNASA/MS, criado a partir da Portaria Ministerial nº 69, de 20 de janeiro de 2004, com o objetivo de  
909 apreciar as propostas da condução da Política de Saúde Indígena, contribuir com o DESAI nas  
910 normatizações da saúde indígena, propor medidas técnicas e operacionais e participar dos fóruns  
911 nacionais de discussão da saúde indígena. Disse que o Comitê seria composto por vinte membros, com  
912 as seguintes representações: três representantes da FUNASA/MS; um representante da Secretaria-  
913 Executiva/MS; um representante da SAS/MS; um representante da SVS/MS; um representante da  
914 SEGETS/MS; um representante da FUNAI; um representante do CONASS; um representante do  
915 CONASEMS; três representantes de organizações indígenas; dois representantes de organizações  
916 indigenistas; três representantes de Conselhos Distritais de Saúde; um representante da CISI; e um  
917 representante do Ministério Público Federal (6ª Câmara). Disse que a proposta era realizar a primeira  
918 reunião do Comitê no mês de maio para definir a pauta de discussão. Explicou, que, visando a  
919 implantação das diretrizes da Portaria nº 70/04, foi realizada a 1ª Oficina de Saúde Indígena, de 02 a 06  
920 de fevereiro de 2004, que contou com a participação dos chefes de DSEI, Presidentes de Conselhos  
921 Distritais, representantes de ONGs e municípios, técnicos do DESAI, Coordenadores Regionais da  
922 FUNASA e Diretores da FUNASA. Citou alguns resultados da Oficina, dentre eles, a elaboração do  
923 Plano Distrital de Saúde Indígena, nos meses de fevereiro e março de 2004, com a participação dos  
924 chefes de DSEI, representantes das ONGs e/ou municípios, técnicos das Coordenações Regionais e  
925 técnicos do DESAI. Além disso, acrescentou que foram realizadas reuniões para discutir as  
926 especificidades das regiões que contou com a participação de chefes de Distritos, Coordenação  
927 Regional e servidores da FUNASA, representantes das ONGs e/ou municípios, Diretor do DESAI e  
928 Presidente e/ou membros da diretoria da FUNASA, e reuniões individuais com ONGs e ou municípios,  
929 com a presença de um representante de cada departamento e coordenada por um diretor da FUNASA,  
930 com representantes de ONGs e/ou municípios, Chefes de Distritos e Coordenador Regional. Explicou  
931 que, conforme pactuado, a FUNASA executará as ações de gestão dos serviços de saúde nos DSEIs;  
932 gerência das CASAI; aquisição de medicamentos; aquisição de combustíveis; transporte; horas vôo;  
933 equipamentos; obras; obras de saneamento nas áreas indígenas. Além disso, ressaltou que nas  
934 reuniões e encontros foram pactuados os seguintes pontos: contratação de RH (técnicos, EMSI, AIS e  
935 AISAN); insumos para a atenção e assistência nas aldeias; combustíveis para deslocamentos das  
936 EMSI e índios na aldeia; capacitação; controle social; distribuição de medicamentos; aquisição de  
937 medicamentos especiais; alimentação para as equipes e desnutridos; aluguéis; serviços de terceiros  
938 (pessoa física e jurídica); e prestação de contas e repasse mensal de recursos. Além disso, disse que  
939 foram pactuadas metas concernentes aos indicadores de saúde para 2004, sendo: **a)** redução da  
940 mortalidade infantil: 15%; **b)** redução da Tuberculose: 5%; **c)** redução dos casos de malária: 25%; **d)**

941 redução da desnutrição: 20%; **e)** utilização do SIASI e envio de informação: 100%; **f)** aumento de  
942 cobertura homogênea vacinal: 40% dos DSEI; **g)** implantação do Programa da Saúde da Mulher: 100%  
943 dos DSEI; **h)** implantação dos serviços de Saúde Bucal: 100% dos DSEI; **i)** implantação do Programa  
944 DST/AIDS: 100% dos DSEI; e **j)** implantação do serviço de saúde mental: 100% dos DSEI. Acrescentou  
945 que no período de negociação foram pactuados 53 convênios sendo: duas Universidades Federais; 6  
946 Prefeituras Municipais; 31 Organizações Indígenas; e 14 Organizações Indigenistas. Desses 53  
947 conveniados, 45 pactuaram e assinaram o termo de pactuação, representando 84,90% das ONGs.  
948 Nessa linha, ressaltou que o Ministério da Saúde não era contra a política das ONGs, mas estava  
949 buscando seguir a legislação definindo o caráter complementar das Organizações no âmbito da  
950 gerência da FUNASA/MS. Prosseguiu destacando desafios e dificuldades que estão sendo enfrentados  
951 pela FUNASA, sendo: capacidade de gestão dos chefes de DSEI; supervisão e avaliação; sistema de  
952 informação; prestação de contas dos convênios; contratação de recursos humanos; e unidade das  
953 ações. No que diz respeito à contratação de recursos humanos, informou que foi elaborado projeto, que  
954 se encontra na Casa Civil, para contratação temporária de profissionais para atuar nas áreas indígenas  
955 de difícil acesso, evitando, dessa forma, a descontinuidade das ações. Além disso, disse que foi  
956 solicitada a contratação temporária de profissionais e que se aguardava resposta do TCU. Concluiu,  
957 afirmando que a proposta de gestão apresentada, que reafirmava a legislação de saúde indígena,  
958 permitiria otimizar as ações de saúde voltadas à população indígena e reafirmando a importância da  
959 contribuição do CNS no processo de implementação da Política Nacional de Saúde dos Povos  
960 Indígenas. Conselheira **Zilda Arns Neumann**, Coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde  
961 Indígena (CISI), assumiu a coordenação da mesa, convidando os membros da CISI **Clóvis Ambrósio** e  
962 **Wilson Pataxó** para compor a mesa, e abriu o debate sobre a apresentação. Conselheira **Gilca Starling**  
963 **Diniz** manifestou interesse do Ministério da Educação de participar do debate sobre a questão da saúde  
964 dos povos indígenas, destacando que o Ministério possuía trinta projetos de curso de formação de  
965 professores indígenas. Nessa linha, reivindicou vaga para representação do Ministério da Educação no  
966 Comitê da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Conselheiro **Eni Carajá Filho** pediu  
967 esclarecimentos sobre as condições de trabalho dos trabalhadores que atuavam na área de saúde  
968 indígena. A propósito da Política em discussão, elogiou a estratégia de diminuir a terceirização dos  
969 serviços, com resgate do papel do Estado. Além disso, chamou a atenção para a importância de  
970 integração e articulação dos Conselhos Distritais Indígenas com os Conselhos de Saúde. Conselheira  
971 **Silvia Marques Dantas** sugeriu que o índice de mortalidade materna fosse incluído como um dos  
972 critérios de alocação de recursos para os Distritos Sanitários. Além disso, propôs que a Política de  
973 Saúde Indígena considerasse como meta o respeito às práticas de saúde dos povos indígenas.  
974 Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** cumprimentou a FUNASA, na pessoa do seu Presidente, pela  
975 iniciativa e, em especial a CISI, pela luta em favor da saúde dos povos indígenas. Conselheiro  
976 **Francisco das Chagas Monteiro** ressaltou que, além do concurso para contratação, seria necessário  
977 definir plano de carreira para todos os servidores da área da saúde. Colocou à disposição da FUNASA  
978 e da CISI os meios de comunicação do Conselho Federal de Medicina (Portal e Jornal) para divulgação  
979 e implementação da Política de Saúde Indígena. Falou sobre denúncia de dominação de área indígena  
980 de Boa Vista por estrangeiros e suas consequências e solicitou informações sobre a questão. O  
981 membro da CISI, Rubens Almeida, representante do Conselho Missionário, falou sobre os avanços no  
982 que diz respeito à saúde dos povos indígenas, no entanto, disse que seria importante aprofundar o  
983 debate sobre o caráter deliberativo dos Conselhos Distritais de Saúde e autonomia administrativo-  
984 financeira dos Distritos Sanitários Indígenas. A representante da Coordenação da Plenária Nacional de  
985 Conselhos, **Maria do Espírito Santo dos Santos Tavares**, cumprimentou a atuação da FUNASA e a  
986 iniciativa. Chamou a atenção para a importância da participação de representante do Conselho Distrital  
987 Indígena nos Conselhos Municipais de Saúde de Angra dos Reis e de Parati. Perguntou, ainda, se a  
988 Política de Saúde Indígena previa ações voltadas à saúde da mulher indígena. Conselheiro **Geraldo**  
989 **Adão Santos** elogiou a Política, por entender que contribuía para concretização do dispositivo  
990 constitucional “saúde – um direito de todos e um dever do Estado”. Perguntou se a FUNASA possuía  
991 representação em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas e se a Fundação seria responsável  
992 por prestar assistência aos pacientes que saíssem das unidades de saúde. Por fim, falou sobre a  
993 importância do agente de saúde indígena na integração entre os prestadores de serviço de saúde e a  
994 comunidade indígena. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** destacou a importância da utilização do  
995 critério da paridade na composição dos Conselhos Distritais Indígenas, conforme determina a  
996 Resolução nº 333. Além disso, disse que seria necessário aprofundar debate sobre a relação entre os  
997 Conselhos Distritais Indígenas e o CNS, a fim de evitar conflitos e superposição de atribuições.  
998 Aproveitou a oportunidade para pedir esclarecimentos sobre notícia, divulgada em jornal do Espírito  
999 Santo, de não prestação de contas de prestadores de serviços na área indígena, o que poderia

1000 prejudicar a implementação da Política. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** cumprimentou a  
1001 iniciativa, destacando que se tratava de um avanço do setor saúde e ilustrava o compromisso do  
1002 Governo com a saúde dos povos indígenas. Nessa linha, destacou a importância da ação da Igreja e  
1003 Entidades no processo. No que diz respeito à apresentação da Política, pediu maiores esclarecimentos  
1004 sobre as metas relativas à eliminação da tuberculose e cobertura vacinal. Além disso, sugeriu que fosse  
1005 pautado debate intrainstitucional sobre os Conselhos Distritais Indígenas, com vistas a integrá-los ao  
1006 Controle Social do SUS. O Presidente da FUNASA/MS, **Valdi Camarcio Bezerra**, fez uso da palavra  
1007 para comentar as intervenções do Plenário. A princípio, falou sobre a importância da participação de  
1008 representantes do Ministério da Educação e da Secretaria de Gestão e Participação no Comitê  
1009 Consultivo vinculado a FUNASA. Ressaltou que a ação intersetorial era extremamente importante para  
1010 a implementação da Política e, nessa linha, sinalizou a necessidade de integração com o Ministério da  
1011 Educação. Ressaltou que as diretrizes da Política apontavam para o fortalecimento da relação entre os  
1012 Conselhos Distritais e Locais com os Conselhos de Saúde. Registrhou as sugestões de incluir o índice  
1013 de mortalidade materna como critério e transformar em meta a diretriz da “preservação” das práticas de  
1014 saúde adotadas pelas comunidades indígenas, ressaltando que seriam discutidas no âmbito da  
1015 FUNASA. Chamou a atenção para a importância da atuação da CISI no processo de discussão da  
1016 saúde indígena. Sobre as ações de atenção à saúde indígena, informou que o Ministério da Saúde  
1017 estudava a melhor forma de contratação dos serviços para evitar a descontinuidade das ações. Disse  
1018 que não tinha conhecimento da denúncia de dominação de área indígena de Boa Vista por  
1019 estrangeiros, assim, se propôs a obter informações sobre a questão. A propósito dos Conselhos  
1020 Distritais Indígenas, explicou que a Política apresentava estratégias para garantir o seu funcionamento  
1021 e autonomia. Acrescentou que a FUNASA estava discutindo a possibilidade de repasse de recursos em  
1022 situações especiais para os chefes de DSEI, visando a execução de ações emergenciais e imediatas.  
1023 Além disso, reconheceu a importância de garantir a participação de representantes indígenas nos  
1024 Conselhos de Saúde. Informou que a FUNASA possuía representantes em todos os 34 Distritos  
1025 Sanitários, sendo o chefe do DSAI, hierarquicamente, o principal representante da FUNASA nos  
1026 Distritos. A propósito dos Conselhos Distritais, explicou que a legislação definia o critério da paridade  
1027 para a composição e os Presidentes eram usuários indígenas. Explicou que havia problemas com  
1028 prestação de contas e, por isso, estavam sendo promovidas mudanças nos convênios com as ONGs.  
1029 No que diz respeito às metas do Plano, concordou que a meta de reduzir em 5% os casos de  
1030 tuberculose e aumentar a cobertura homogênea vacinal dos DSEIs em 40% era pequena, no entanto,  
1031 era a possível no momento, considerando as dificuldades em relação à infra-estrutura. Concluiu sua  
1032 intervenção agradecendo as contribuições do Colegiado e ressaltando que o debate no CNS era de  
1033 fundamental importância para implementação das diretrizes da Política de Saúde Indígena. O índio  
1034 **Clóvis Ambrósio**, membro da CISI/CNS, manifestou satisfação em participar da apresentação da  
1035 Política de Saúde dos Povos Indígenas no CNS, por entender que a iniciativa contribuiria para  
1036 implantação do novo modelo de atenção à saúde dos povos indígenas. Chamou a atenção para os  
1037 resultados positivos das ações do Ministério da Saúde, por intermédio da FUNASA, como a redução da  
1038 malária, aumento da cobertura vacinal, entre outros. Além disso, destacou o esforço da FUNASA na  
1039 formação e capacitação de agentes indígenas de saúde, o que otimiza as ações de atenção à saúde.  
1040 Reconheceu o avanço no que diz respeito às ações de atenção à saúde indígena, destacando que a  
1041 Política vem sendo construída ao longo dos dez anos. Comentou sobre a denúncia de dominação de  
1042 área indígena em Boa Vista por estrangeiros, ressaltando que não correspondia à realidade, pois não  
1043 havia estrangeiros instalados no local. Disse ser de fundamental importância a aprovação da Portaria nº  
1044 70/04 pelo CNS, a fim de garantir que os serviços de saúde fossem prestados por intermédio da  
1045 FUNASA. O índio, **Wilson Pataxó**, membro da CISI, destacou a contribuição da CISI na definição da  
1046 Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Além disso, agradeceu o apoio do CNS às propostas  
1047 que visavam à melhoria da atenção à saúde dos povos indígenas. Aproveitou a oportunidade para  
1048 chamar a atenção para a importância de investimento na política fundiária, considerando que esta não  
1049 avançou como a política de saúde. Manifestou apoio à Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena,  
1050 no entanto, destacou a necessidade de se investir em outras áreas como agricultura, visando garantir a  
1051 auto-sustentação dos povos indígenas. Após essas considerações, Conselheira **Zilda Arns Neumann**  
1052 colocou em votação a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. **A Política Nacional de Atenção à**  
1053 **Saúde Indígena foi aprovada por unanimidade**. Conselheiro **Eni Carajá Filho** solicitou que a FUNASA  
1054 considerasse as contribuições feitas pelo Plenário à Política de Saúde Indígena. Em seguida,  
1055 Conselheira **Zilda Arns Neumann** submeteu à apreciação e deliberação do Plenário minuta de  
1056 Recomendação da CISI/CNS na qual a vaga da representação das Instituições de Ensino, Pesquisa e  
1057 Extensão em Saúde Indígena na CISI fosse cedida à Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
1058 (ABRASCO), considerando que a entidade, entre outras questões, era a instituição de ensino, pesquisa

1059 e extensão que congregava o maior número de profissionais, professores e pesquisadores em saúde  
1060 indígena. **A minuta de Recomendação da CISI foi aprovada por unanimidade.** Em seguida, consultou o  
1061 Plenário sobre a participação de representante da CISI no Comitê Consultivo da Política de Atenção à  
1062 Saúde dos Povos Indígenas, vinculado a FUNASA, conforme a Portaria nº 69/04 do Ministério da  
1063 Saúde. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** lembrou que havia Resolução do CNS, reafirmada no  
1064 Seminário sobre Comissões e GTs do CNS, definindo que não seriam indicados representantes do  
1065 CNS para participar de Comitês, Comissões do Ministério da Saúde e demais Ministérios, o que  
1066 impedia a participação oficial da CISI/CNS no Comitê. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**  
1067 **Aparecida da Cruz**, fez uso da palavra para esclarecer que não havia Resolução do CNS sobre a  
1068 participação de seus representantes em Comitês, contudo, na Reunião Ordinária do CNS realizada em  
1069 maio de 2003, o Plenário deliberou por não indicar representantes do CNS para participar de Câmaras  
1070 Técnicas, Conselhos Consultivos, Comitês, Comissões, entre outros. Acrescentou que essa  
1071 deliberação foi discutida posteriormente e reafirmada, no entanto, a proposta oriunda do Seminário  
1072 sobre Comissões e GTs do CNS foi de que seria avaliado caso a caso. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**  
1073 defendeu a participação da CISI no Comitê, considerando que o CNS possuía representantes em  
1074 algumas Comissões do Ministério da Saúde. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto**  
1075 manifestou-se favorável à indicação de representante da CISI para participar da Comissão. Conselheiro  
1076 **Rosane Lowenthal** sugeriu que a CISI indicasse representante para participar do Conselho Consultivo,  
1077 durante seis meses, com a função de promover articulação entre os Conselhos Distritais e Locais  
1078 Indígenas e os Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais. Após esse período, o CNS faria  
1079 avaliação do processo. **O Plenário aprovou a participação de representante da CISI/CNS no Comitê**  
1080 **Consultivo da FUNASA, nos termos supracitados.** Conselheira **Zilda Arns Neumann** entregou ao  
1081 Presidente da FUNASA/MS, **Valdi Camarcio Bezerra**, o Plano de Trabalho da CISI/CNS para 2004.  
1082 **ITEM 05 – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO SUS –** A Secretaria-  
1083 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, convidou a Coordenadora da Política de Humanização do  
1084 Ministério da Saúde, **Regina Benevides**, para apresentar a Política Nacional de Humanização da  
1085 Atenção e da Gestão do SUS (PNH), cujas diretrizes foram apresentadas na Reunião do CNS de julho  
1086 de 2003. A Coordenadora da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, **Regina**  
1087 **Benevides**, a princípio, agradeceu a oportunidade de apresentar a Política de Humanização ao Pleno  
1088 do CNS. Destacou que o entendimento do Ministério da Saúde era de que a humanização deveria ser  
1089 um dos eixos básicos para as políticas do SUS, de forma a evitar políticas e programas de  
1090 humanização fragmentados, que não tinham impactos de mudança efetiva nos indicadores de saúde e  
1091 na relação entre os trabalhadores e usuários. Desse modo, explicou que foi construída coletivamente  
1092 com os vários setores do Ministério da Saúde uma Política Nacional de Humanização transversal, que  
1093 visava mudar o modelo de atenção e de gestão. Explicou que a Política Nacional de Humanização da  
1094 Atenção e da Gestão do SUS visava enfrentar as graves lacunas relativas ao acesso universal e  
1095 equânime aos serviços e bens de saúde e à atenção integral à saúde; modificar o quadro de  
1096 desvalorização dos trabalhadores da saúde, de precarização das relações de trabalho (baixo  
1097 investimento em educação permanente, baixa implicação no processo de gestão); e romper com a  
1098 fragmentação e a desarticulação das ações e programas de humanização. Enfatizou que para  
1099 elaboração da Política foi utilizado conceito ampliado de humanização relativo à valorização dos  
1100 sujeitos envolvidos na prática da saúde – usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e  
1101 do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e  
1102 sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva na gestão; identificação das  
1103 necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e de gestão dos processos de  
1104 trabalho em saúde; e compromisso com a melhoria das condições de trabalho e atendimento. Explicou  
1105 que a partir desse cenário foi definido o HumanizaSUS (Política Nacional de Humanização), que  
1106 consiste em uma proposta de nova relação entre os usuários, os profissionais e a comunidade.  
1107 Acrescentou que se tratava de uma proposta de trabalho coletivo que visava tornar o SUS mais  
1108 acolhedor, eficaz, ágil, com locais mais confortáveis e capaz de reconhecer e respeitar a diversidade do  
1109 povo brasileiro e oferecer o mesmo tratamento a todos, sem distinção de raça, cor, origem ou  
1110 orientação sexual. Disse que esse “novo” sistema, comprometido com a qualidade dos seus serviços e  
1111 com a saúde integral para todos, deveria ser construído com a participação de todos: trabalhadores,  
1112 gestores e usuários. Continuou explicando que a proposta foi construída e buscava manter intersecção  
1113 com as diferentes áreas e políticas do Ministério da Saúde. Além disso, estava sendo definida  
1114 pactuação entre vários atores – Secretarias de Saúde, Conselhos, Comissão Intergestores Tripartite,  
1115 entre outros. Reafirmou os princípios da Política de Humanização, quais sejam: valorização da  
1116 dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS; fortalecimento do  
1117 compromisso com os direitos do cidadão; trabalho em equipe multiprofissional, com fomento a

transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; estímulo e fortalecimento da co-responsabilidade nos processos de gestão e atenção do SUS; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; e compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente. Destacou que, frente à situação do serviço público, essa política foi trabalhada a partir de quatro eixos fundamentais, sendo eles: redução das filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; todo usuário do SUS deverá saber quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; as unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), associado aos direitos do Código dos Usuários do SUS; e as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores. Prosseguiu citando ações para implantação da Política/2004, dentre elas: propor que as estratégias da PNH estejam contempladas em planos estaduais e municipais; consolidar e expandir grupos de trabalho de humanização no Ministério da Saúde, nas Secretarias Estaduais de Saúde, nas Secretarias Municipais de Saúde e nos serviços de saúde; selecionar, apoiar e divulgar experiências humanizadas na rede SUS; instituir sistemática de acompanhamento e avaliação da PNH articulada a outros sistemas de avaliação do MS; articular programas e projetos do Ministério da Saúde a PNH; construção e revisão dos contratos/convênios, protocolos e fluxos assistenciais incorporando a PNH; implementar campanha nacional da PNH; desenvolver Página Virtual HumanizaSUS; instituir Prêmio HumanizaSUS – David Capistrano; ampliar o diálogo entre os sujeitos implicados no processo de produção da saúde, promovendo a gestão participativa; implantar, estimular e fortalecer GTHs com plano de trabalho definido; estimular práticas resolutivas; racionalizar e adequar o uso de medicamentos; incentivar e valorizar a jornada integral no SUS, o trabalho em equipe e a participação em processos de educação permanente. No que diz respeito à gestão, explicou que a Política era gerenciada pelo Núcleo Técnico – Coordenação Técnica e Política (grupos de apoio técnico e consultores regionais). Sobre as estratégias de implementação da Política, destacou a instituição do Prêmio HumanizaSUS – David Capistrano, que visava incentivar a elaboração de projetos sobre humanização e valorização de experiências existentes. Informou que o prazo de inscrição ia até 03 de maio de 2004 e solicitou que os Conselheiros divulgassem a iniciativa nas suas Entidades. Concluída a exposição da PNH, passou à apresentação de vídeo, construído a partir de pesquisa com os participantes da 12ª Conferência Nacional de Saúde sobre humanização do SUS - experiências, opiniões e conceitos sobre humanização do SUS. Explicou que a proposta fora construída a partir da concepção de que a Política era o SUS “com a cara de todos”, assim, além dos depoimentos, trabalhou-se com fotografias dos participantes. Após a aprovação do vídeo que, foi calorosamente aplaudido, foram abertas inscrições para intervenção dos Conselheiros. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** elogiou a Coordenadora da Política de Humanização pela elaboração do vídeo, que na sua opinião, deveria ser divulgado. Elogiou a Política, lembrando que surgiu a partir da luta da Comissão de Humanização do CNS, composta pelo Conselheiro **Geraldo Adão Santos** e do ex-Conselheiro **Climério da Silva R. Júnior**. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou que o atendimento no Brasil era precário e ruim, e, nessa linha, falou sobre a importância de enfoque no trabalhador de saúde para garantir a humanização. Sugeriu, a propósito, que no debate sobre humanização fosse contemplada a questão do estímulo à dedicação exclusiva. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** cumprimentou a Coordenadora da PNH pela explanação e apresentação do vídeo. Por outro lado, chamou a atenção para o fato de as Entidades Nacionais dos Trabalhadores, que firmaram pacto a favor da humanização, não terem sido chamadas a participar da construção da Política. Além disso, comentou sobre a possibilidade de os profissionais de saúde serem responsabilizados pela “não implementação da Política”. Nessa linha, destacou a necessidade de o CNS aprofundar o debate e definir pacto nacional a favor da humanização, a partir da valorização dos profissionais de saúde. Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** destacou que seria necessário acrescentar à proposta a questão do acolhimento relacionado ao diagnóstico e aos Programas da Atenção Básica e Hospitalar. Comentou sobre a questão dos recursos humanos, ressaltando que o processo de humanização implicava na melhoria das condições de trabalho, da política de incentivo, entre outras. Sinalizou, ainda, a importância de dar maior enfoque à capacitação dos usuários e dos profissionais de saúde. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** lembrou que ao falar da questão da humanização no CNS pela primeira vez, em 1999, destacou que o SUS somente se efetivaria com a aplicação de seus princípios e diretrizes, acrescidos dos eixos da qualidade dos serviços e da humanização do atendimento. Falou sobre a importância do GT de Acessibilidade e

1177 Humanização da Atenção à Saúde do CNS, criado em 1999, sob a sua coordenação, composto por  
1178 **Zênite das Graças Freitas, Zilda Arns Neumann, Ana Maria Lima Barbosa e Neide Regina Barriguelli**,  
1179 com a assessoria do Senhor **Adinei Pereira, Silvio Mendes de Oliveira, Joeliton Medeiros Santos e Ana**  
1180 **Catarina do Nascimento**, que, entre outras questões, deu origem ao temário da 11ª Conferência  
1181 Nacional de Saúde “Efetivando do SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com  
1182 Controle Social”. Explicou que a humanização do SUS significava atender o cidadão de direito, com  
1183 respeito pleno à sua dignidade. Saudou a iniciativa de transformar humanização em política, o que  
1184 ilustrava o reconhecimento de sua importância. Representante da Coordenação da Plenária Nacional  
1185 de Conselhos, **Maria do Espírito Santo dos Santos Tavares**, cumprimentou a Coordenadora da PNH  
1186 pela Política de Humanização. No entanto, destacou que a humanização era um sonho que seria  
1187 concretizado a partir do respeito ao próximo, do carinho, do afeto e do amor. Conselheiro **Crescêncio**  
1188 **Antunes da S. Neto** destacou que a humanização, em uma sociedade cada vez mais brutalizada e  
1189 violentada, era um enorme desafio. Cumprimentou a Política por entender que perpassava de forma  
1190 “transversal” todos os aspectos da saúde. Afirmou que a saúde detinha o potencial transformador e  
1191 revolucionário capaz de humanizar a sociedade. Por fim, cumprimentou a Coordenadora da PNH pela  
1192 explanação e pelo vídeo. Conselheiro **José Cláudio dos Santos** falou sobre a dificuldade de acesso aos  
1193 serviços de saúde e, a propósito, ressaltou a importância de investir na humanização, formação e  
1194 capacitação dos profissionais de saúde. Conselheira **Geuza Dantas Lelis** sugeriu que a Política de  
1195 Humanização contemplasse as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde – grande  
1196 demanda, sobrecarga de trabalho – em especial aquelas enfrentadas pelos trabalhadores das  
1197 emergências de saúde. Conselheiro **Luiz Alberto Silva** propôs que a Política contemplasse programas  
1198 voltados ao autoconhecimento das pessoas. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,  
1199 falou sobre a desumanização dos serviços resultante, muitas vezes, do autoritarismo da gestão.  
1200 Sugeriu que fosse pautado debate sobre a questão da dupla jornada e suas consequências no âmbito  
1201 do CNS. A Coordenadora da Política de Humanização do Ministério da Saúde, **Regina Benevides**,  
1202 agradeceu os elogios dos Conselheiros e mostrou-se satisfeita com o fato de a Política atender as  
1203 reivindicações dos cidadãos. Reconheceu a importância do debate sobre humanização no âmbito do  
1204 CNS e das experiências de humanização existentes, destacando que o objetivo da iniciativa era fazer  
1205 com que as experiências fossem assumidas por parte do Ministério da Saúde e demais instâncias de  
1206 efetivação do SUS. Destacou que uma das diretrizes do Projeto era a humanização voltada ao usuário,  
1207 aos trabalhadores e gestores. Por outro lado, ressaltou que, apesar de ser transversal, não teria  
1208 condições de responder a todas as questões do SUS. Por fim, conclamou os Conselheiros a  
1209 contribuírem no processo de implementação da Política de Humanização. A **Secretaria-Executiva do**  
1210 **CNS**, concluiu o debate agradecendo a Coordenadora da Política de Humanização do Ministério da  
1211 Saúde, Regina Benevides, pela apresentação. **ITEM 06 – 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE**  
1212 – Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto**, Secretário de Gestão Participativa/MS, apresentou  
1213 informe sobre o processo de elaboração do relatório final da 12ª Conferência Nacional da Saúde.  
1214 Lembrou que, conforme decisão da Plenária da 12ª Conferência, as questões polêmicas não votadas  
1215 seriam remetidas à votação dos delegados. Desse modo, a Comissão Relatora elaborou relatório com  
1216 as questões polêmicas de caráter modificativo, sem consenso, para ser encaminhado à aprovação dos  
1217 delegados. O relatório foi encaminhado à apreciação da Comissão Especial de Relatoria do CNS que,  
1218 após análise, verificou pontos que deveriam ser revistos e decidiu levar a questão ao conhecimento do  
1219 Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**. Nessa linha, por solicitação do Ministro da Saúde, foi  
1220 realizada reunião entre a Comissão Especial de Relatoria, o Conselheiro **Antônio Alves**, Chefe do  
1221 Gabinete do Ministro da Saúde, o Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Gastão Wagner de**  
1222 **Sousa Campos**, o Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto**, a Secretária de Gestão do Trabalho e  
1223 Educação e Saúde **Maria Luiza Jaegger** e a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,  
1224 para tratar sobre a conclusão do documento que seria encaminhado para a votação dos delegados da  
1225 12ª Conferência. Ao tomar conhecimento da questão, o Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa**  
1226 **Lima**, decidiu que o Ministério da Saúde receberia a incumbência de concluir o relatório, caso o  
1227 Plenário assim deliberasse, considerando que essa atribuição era da Comissão Especial de Relatoria.  
1228 A conclusão ficaria a cargo da Secretaria de Gestão Participativa, com apoio da Secretaria-Executiva  
1229 do CNS. O Plenário decidiu, com uma abstenção, delegar ao Ministério da Saúde, por intermédio da  
1230 Secretaria de Gestão Participativa e apoio da Secretaria-Executiva do CNS, a revisão final do relatório  
1231 da 12ª Conferência que deverá ser feita até o dia 30 de abril de 2004. *Itens extra pauta: I. Proposta do*  
1232 *Seminário sobre Comissões e GTs do CNS – A Representante da Secretaria-Executiva do CNS, **Lúcia***  
1233 ***Maria Costa Figueiredo**, apresentou a proposta de nova estrutura e composição das Comissões e GTs*  
1234 *do CNS, aprovada no Seminário sobre Comissões e GTs do CNS, realizado nos dias 30 e 31 de março*  
1235 *de 2004, sendo: a) criação da Comissão de Promoção e Atenção à Saúde que envolveria os eixos*

1236 temáticos: da DST/AIDS; Saúde Bucal; Saúde da Mulher; Saúde Mental; Saúde do Campo; Saúde  
1237 Suplementar; Saúde do Negro; Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde dos Idosos; Eliminação da  
1238 Hanseníase; Portadores de Deficiência e Patologia; e Redução do Trauma e Violência; **b)** criação da  
1239 Comissão de Articulação, Informação e Controle Social que seria responsável pelos eixos temáticos:  
1240 Capacitação de Conselheiros; Normatização; Regimento Interno (proposta de Estatuto Eleitoral);  
1241 Coordenação Geral-CCG; Comunicação Social; e OSCIPS; e **c)** manutenção das Comissões instituídas  
1242 pela Lei nº 8.080/90: Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição-CIAN; VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
1243 E FARMACOEPIDEMIOLOGIA; Comissão Intersetorial de Saúde e Meio Ambiente-CISAMA; Comissão  
1244 Intersetorial de Ciência e Tecnologia-ICT; Comissão Intersetorial de Recursos Humanos-CIRH;  
1245 Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador-CIST; Comissão de Orçamento e Financiamento-  
1246 COFIN; Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP; e Comissão Intersetorial de Saúde  
1247 Indígena-CISI. Informou que foi criado GT, composto pelos Conselheiros **Francisco Batista Júnior**,  
1248 **Clóvis A. Boufleur** e **Gysélle Saddi Tannous**, para definir proposta de regulamentação para o  
1249 funcionamento das Comissões de Promoção e Atenção à Saúde e de Articulação, Informação e  
1250 Controle Social. Acrescentou que o GT se reuniria no dia 29 de abril de 2004 para elaborar a proposta.  
1251 Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que a Comissão Intersetorial de Hanseníase trabalhasse  
1252 articuladamente com o Comitê Nacional de Eliminação da Hanseníase do Ministério da Saúde, que  
1253 será instituído pelo Ministério da Saúde, para acompanhar o processo de eliminação da hanseníase. A  
1254 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que o Comitê Nacional de Eliminação  
1255 da Hanseníase do Ministério da Saúde teria a participação de diversos membros da sociedade, ligados  
1256 diretamente ao Gabinete do Ministro da Saúde, visando atuar no processo de eliminação da  
1257 hanseníase até 2005. Disse que a proposta dos membros da Comissão de Hanseníase era que as  
1258 Entidades que compõem a Comissão partissem do Comitê. Conselheira **Rosane Lowenthal** informou  
1259 que a proposta era constituir duas grandes Comissões – Promoção e Atenção à Saúde; e Articulação,  
1260 Informação e Controle Social – que acolheriam as pautas das Comissões do CNS, com exceção  
1261 daquelas Comissões definidas na Lei nº 8080/90. Acrescentou, ainda, que o GT constituído definiria  
1262 proposta de funcionamento das Comissões, prioridade de temas, entre outras questões. Explicou que,  
1263 conforme a Comissão de Portadores de Deficiências e Patologias, as demais Comissões deveriam  
1264 apresentar proposta de pauta para ser contemplada pelas novas Comissões. Conselheiro **Francisco**  
1265 **Batista Júnior** apresentou a sugestão de incluir o tema Assistência Farmacêutica na Comissão de  
1266 Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia. Conselheira **Silvia Marques Dantas** propôs que fosse  
1267 destinado prazo para que as Comissões redefinissem as suas pautas a partir da nova proposta de  
1268 estrutura das Comissões do CNS. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou  
1269 que o GT discutiria o processo de transição das Comissões do CNS para o novo modelo de Comissões.  
1270 Assim, propôs que as Comissões redefinissem as suas pautas após a definição da proposta de  
1271 regulamento das novas Comissões. Conselheira **Gilca Starling Diniz** sugeriu que as Comissões  
1272 tivessem o prazo de duas reuniões para adequação ao formato da Comissão de Promoção e Atenção à  
1273 Saúde. O Plenário aprovou, por unanimidade, o novo formato das Comissões do CNS e a criação de  
1274 GT para definir proposta de regulamentação para o funcionamento das Comissões de Promoção e  
1275 Atenção à Saúde e de Articulação, Informação e Controle Social. A propósito da Comissão de  
1276 Hanseníase, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que o Plenário teria de  
1277 definir se a Comissão seria transformada em Comitê, destacando que as finalidades da Comissão e do  
1278 Comitê eram distintas. Este seria responsável por acompanhar a Rede de Sustentação para Eliminação  
1279 da Hanseníase, aquela por assessorar o CNS. Após algumas considerações, foi acordado que a  
1280 questão seria discutida com os membros da Comissão de Hanseníase e retornaria para decisão do  
1281 Plenário no período da tarde. No período da tarde do segundo dia de reunião, a Secretaria-Executiva  
1282 do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou a proposta de Resolução da Comissão Intersetorial de  
1283 Eliminação da Hanseníase (CIEH) que propõe ao Ministério da Saúde: **a)** a participação das instituições  
1284 e entidades que compõem a Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase, no Comitê Nacional,  
1285 a ser constituído pelo MS, com o objetivo de monitorar e avaliar o processo de eliminação da  
1286 hanseníase como problema de Saúde Pública no Brasil até o ano de 2005; **b)** a alocação de 3% dos  
1287 recursos financeiros do âmbito federal destinados a ações e serviços do Programa e para a Política  
1288 Nacional de Eliminação da Hanseníase em pesquisas visando alcançar a meta de eliminação da  
1289 hanseníase; implantação da Rede de Sustentação da Eliminação da Hanseníase; **c)** articulação  
1290 intersetorial e interministerial da Secretaria de Vigilância da Saúde para aprimoramento da produção e  
1291 usufruto da cultura brasileira, na área de hanseníase; e **d)** realização de pesquisa e levantamento de  
1292 dados, por intermédio da Área Técnica de Dermatologia Sanitária, sobre Organizações Não-  
1293 Governamentais que atuam com políticas de promoção e proteção às pessoas atingidas pela  
1294 hanseníase. O Plenário aprovou o item da minuta de Resolução que visa garantir a participação das

1295 instituições e entidades que compõem a CIEH no Comitê Nacional do Ministério da Saúde que terá  
1296 como objetivo monitorar e avaliar o processo de eliminação da hanseníase como problema de Saúde  
1297 Pública no Brasil até o ano de 2005. Os demais itens da minuta foram aprovados como recomendações  
1298 a serem discutidas no Comitê Nacional de Eliminação da Hanseníase do Ministério da Saúde e,  
1299 posteriormente, no CNS. II. Proposta da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) para a  
1300 Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – o Plenário endossou a proposta da CIST de  
1301 convocação da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador para a data de 03 a 06 de junho de  
1302 2005. O assunto será pautado para debate na Reunião Ordinária de agosto de 2004. III. Relatório da  
1303 Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS – Conselheiro **Gerônimo Paludo**  
1304 apresentou informe sobre o relatório da reunião da COFIN, realizada no dia 13 de abril de 2004, na qual  
1305 foram discutidos os seguintes temas: contribuições à Plenária Nacional sobre Regulamentação da EC  
1306 nº 29; apoio técnico do Ministério da Saúde à Comissão; e errata sobre a notícia de cumprimento da EC  
1307 nº 29. Destacou, em especial, a proposta de elaborar documento sobre a luta em favor da aprovação  
1308 da EC nº 29 para ser distribuído na Plenária. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** chamou a atenção  
1309 para a necessidade de o CNS solicitar ao Ministério da Saúde informações sobre a publicação da errata  
1310 sobre o cumprimento da EC nº 29. Reafirmou, ainda, a importância de definir apoio de técnico do  
1311 Ministério da Saúde e de outras instituições. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** destacou que a  
1312 Comissão tomou providências com relação aos relatórios de suas reuniões, divulgados na sua página  
1313 eletrônica, que apresentavam informações incompletas, visando dar maior transparência as suas  
1314 atividades. O relatório da COFIN, bem como os encaminhamentos nele contidos de agendar Reunião  
1315 Extraordinária da Comissão para o dia 29 de abril de 2004, às 10 horas, no Auditório da SPO/MS, para  
1316 analisar o quadro comparativo entre o Projeto Substitutivo do Deputado Guilherme Menezes e a  
1317 Resolução nº 322/03, com convite ao Professor Elias Jorge, ao ex-coordenador do CNS, Nelson  
1318 Rodrigues dos Santos, e aos membros da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde,  
1319 Wanderli Machado e Júlio César das Neves, para participar da reunião, foi aprovado por unanimidade.  
1320 **ENCERRAMENTO:** Nada mais havendo a tratar, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**  
1321 **Cruz**, encerrou os trabalhos da 141ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes  
1322 Conselheiros: *Aos quatorze dias do mês de abril do ano de dois mil e quatro: Alexandre de Oliveira*  
1323 **Fraga**, **Augusto Alves do Amorim**, **Cleuza de Carvalho Miguel**, **Clóvis A. Boufleur**, **Crescêncio Antunes**  
1324 **da S. Neto**, **Eni Carajá Filho**, **Fernando Luiz Eliotério**, **Francisco Batista Júnior**, **Francisco das Chagas**  
1325 **D. Monteiro**, **Geraldo Adão Santos**, **Gerônimo Paludo**, **Geusa Maria D. Lelis**, **Gilca Starling Diniz**,  
1326 **Graciara Matos de Azevedo**, **José Cláudio dos Santos**, **Júlia M. S. Roland**, **Lílian Aliche**, **Luiz Alberto**  
1327 **Silva**, **Luiz Fernando C. Silva**, **Maria do Espírito Santo dos Santos Tavares**, **Maria Helena Baumgarten**,  
1328 **Maria Irene M. Magalhães**, **João Donizeti Scaboli**, **Moisés Goldbaum**, **Neide Regina C. Barriguelli**,  
1329 **Nildes de Oliveira Andrade**, **Noemy Yamagishi Tomita**, **Olympio Távora Corrêa**, **Paulo César A. de**  
1330 **Sousa**, **Rebeca Litvin**, **Rosane Lowenthal**, **Rui Barbosa da Silva**, **Silvia Marques Dantas**, **Solange**  
1331 **Gonçalves Belchior**, **Volmir Raimondi**, e **Zilda Arns Neumann**. *Aos quinze dias do mês de abril do ano*  
1332 *de dois mil e quatro: Alexandre de Oliveira Fraga*, **André Luiz de Oliveira**, **Augusto Alves do Amorim**,  
1333 **Cleuza de Carvalho Miguel**, **Clóvis A. Boufleur**, **Crescêncio Antunes da S. Neto**, **Eni Carajá Filho**,  
1334 **Fernando Luiz Eliotério**, **Francisco Batista Júnior**, **Francisco das Chagas D. Monteiro**, **Geraldo Adão**  
1335 **Santos**, **Gerônimo Paludo**, **Geusa Maria D. Lelis**, **Gilca Starling Diniz**, **Jesus Francisco Garcia**, **José**  
1336 **Cláudio dos Santos**, **Lílian Aliche**, **Luiz Alberto Silva**, **Maria do Espírito Santo dos Santos Tavares**, **Maria**  
1337 **Helena Baumgarten**, **Maria Irene M. Magalhães**, **João Donizeti Scaboli**, **Neide Regina C. Barriguelli**,  
1338 **Paulo César A. de Sousa**, **Rosane Lowenthal**, **Rui Barbosa da Silva**, **Volmir Raimondi** e **Zilda Arns**  
1339 **Neumann**.