



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA CENTÉSIMA QUADRAGÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

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

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

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

ações desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, informou que foram realizadas campanhas de divulgação dos resultados positivos da dengue, do Programa de Saúde Bucal e do SAMU. Sobre o SAMU, ressaltou que, à medida que fosse implementado nos estados e municípios, seria feita publicidade, inclusive para divulgar o seu número – 192. Além disso, acrescentou que o Sistema apresentaria informações que auxiliariam a engenharia de trânsito, considerando que os atendimentos eram cadastrados e filmados em alguns municípios, o que possibilitaria definir estatística em relação à incidência de acidentes. Sobre a Política de Transplantes, explicou que o SAMU seria um instrumento que contribuiria para a realização de transplantes, pois realizaria com mais eficácia o processo de recolhimento de órgãos de doadores e as suas equipes eram treinadas para detectar situações graves de potenciais doadores. Ainda sobre a questão, disse que no dia 15 de abril de 2004 ocorreria o Consenso Nacional de Transplantes que teria a participação de especialistas em transplantes e de ONGs, e como propósito a definição de consensos sobre o tema. Ressaltou, ainda, que as ações definidas no ano de 2003 e início de 2004 permitiriam reduzir, de forma significativa, as filas de transplantes. Informou que o Ministério da Saúde redefiniu algumas questões relativas ao transplante de córnea, passando a pagar por córnea captada ao invés de córnea utilizada e iniciaria processo de esclarecimento sobre a captação da córnea. Na área de transplante de medula óssea, disse que o Ministério destinou mais recursos, credenciou novos hospitais para a realização do transplante, e firmou convênio com os dois bancos de medula óssea do mundo e com o banco de cordão umbilical existente nos Estados Unidos. Afirmou que a Política de Transplantes do Brasil era reconhecida como uma das mais avançadas e poderia avançar mais. Por fim, destacou que o ano de 2004 era propício e oportuno para desencadear o processo de fortalecimento do SUS.

ITEM 01 – PLANO NACIONAL DE SAÚDE –

O Subsecretário de Orçamento e Planejamento do Ministério da Saúde, **Valcler Rangel Fernandes**, iniciou sua explanação explicando que apresentaria ao Plenário uma versão preliminar, em construção, do Plano Nacional de Saúde (PNS). Disse que a sugestão era debater o Plano Nacional de Saúde, no âmbito do CNS, de forma gradativa, sendo: 1ª etapa na 141ª Reunião Ordinária; 2ª etapa na Reunião Ordinária de maio; e 3ª etapa na Reunião Ordinária de junho, com apresentação final e votação. Feito esse esclarecimento inicial, passou à apresentação da proposta de Plano Nacional de Saúde. Explicou que o Plano estava sendo construído de maneira partilhada com os diversos setores do Ministério da Saúde e tinha como proposta estabelecer um pacto pela Saúde no Brasil, com definição das questões prioritárias da saúde. Destacou que o Plano possuía como pressupostos legais as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90; o Decreto nº 1.232/94 (define as bases para as transferências Fundo a Fundo); o Decreto nº 1.651/95 (regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria); e a Portaria nº 548/2001 (Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão). Ressaltou que o PNS era um dos instrumentos de gestão do SUS e a base das atividades e programas em cada nível de direção do SUS, conforme previsão da Lei nº 8.080/90. Além disso, deveria compreender um período de Governo de quatro anos e ser revisto periodicamente, explicitar intenções políticas, estratégias, prioridades e metas de Governo e as suas ações deveriam ser a base para as propostas orçamentárias. Sinalizou que a formulação do Plano Nacional de Saúde era de responsabilidade do Ministério da Saúde, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde apreciá-lo. Ressaltou que uma das bases de formulação do PNS era o PPA. Porém, deveria conter as metas nacionais e regionais de saúde e incorporar as prioridades apontadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde. No que diz respeito à estruturação, explicou que o Plano possuía os seguintes princípios norteadores: caracterização (aspectos demográficos, econômicos, regionais e sociais); análise da situação de saúde (diagnóstico das condições de saúde, organização e funcionamento do SUS, ações e serviços de saúde); objetivos; prioridades; e estratégias. Sobre o cronograma de elaboração do PNS, disse que estava sendo elaborada a pré-proposta que remetia para debate interno no Ministério da Saúde e primeira apreciação do Conselho Nacional de Saúde. Acrescentou que a pré-proposta seria debatida com os gestores em uma Oficina Nacional e seria apresentada na Tripartite. No que diz respeito à estrutura, destacou que o Plano estava dividido da seguinte forma: I. Introdução; II. Agenda estratégica; III. Referencial legal; IV. Conceitos e abrangência; e V. Implementação do processo. Disse que na discussão do processo de elaboração foram considerados como princípios orientadores os objetivos setoriais do PPA, com início da definição de diretrizes, e uma série de metas em relação ao setor saúde concernentes às condições de saúde, às linhas de atenção à saúde, à gestão em saúde e ao investimento em saúde. Acrescentou que as diretrizes do Plano seriam trabalhadas a partir da análise situacional dos aspectos demográficos e socioeconômicos e da situação do setor saúde (Sistema Único de Saúde; Saúde Suplementar; ambiente e saúde; pesquisa em saúde; tecnologia e insumos estratégicos; prestação de serviço e força de trabalho; regulação, inspeção e fiscalização). Em relação aos aspectos concernentes às condições de saúde, ressaltou que seriam analisados os seguintes temas: mortalidade; morbidade; população

233 negra; população indígena; saúde da mulher; saúde da criança, saúde do adolescente e jovem; saúde
234 do idoso; saúde do trabalhador; alimentação e nutrição; saúde mental; acidentes e violências. Em
235 relação à análise das linhas de atenção à saúde seriam tratadas as questões da atenção básica,
236 atenção especializada, atenção hospitalar, vigilância em saúde, serviços de urgência e emergência, e
237 Sistema Nacional de Transplantes. Sobre a gestão em saúde, seriam trabalhados os seguintes
238 aspectos: financiamento; descentralização; participação social; gestão do trabalho e educação em
239 saúde; informação em saúde; análise em relação ao investimento em saúde; e análise situacional.
240 Feitas essas considerações sobre o Plano Nacional de Saúde, passou a apresentar uma análise
241 situacional (diagnóstico) sobre a saúde da população brasileira que buscava consubstanciar as
242 estratégias definidas pelo Ministério da Saúde. Explicou que a análise situacional estava sendo
243 trabalhada a partir de um perfil sócio-econômico-demográfico das condições de saúde da população
244 brasileira e da organização e funcionamento do SUS. Disse que foram utilizados como insumos para a
245 análise das condições de saúde da população as análises sobre o tema, validadas pelo Ministério da
246 Saúde, dados da pesquisa realizada com os participantes da 12ª Conferência Nacional de Saúde,
247 dados do *Projeto Saúde 2004*, e aspectos debatidos na 12ª Conferência. Informou que na análise foi
248 considerada a distribuição dos municípios brasileiros por faixa populacional, em virtude de o SUS
249 possuir base municipal e de 48% dos municípios brasileiros terem até dez mil habitantes, o que se
250 configura em dado relevante no debate sobre a organização do sistema. Além disso, mais de 60% da
251 população brasileira habitava os municípios de maior porte. Sobre os óbitos no Brasil, explicou que,
252 conforme dados de 2001 do Sistema de Mortalidade, as principais causas de morte eram: doenças
253 isquêmicas do coração; outras doenças cardíacas; homicídios; diabetes; acidente/transporte;
254 pneumonias; outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas; doenças hipertensivas; neoplasia
255 maligna dos brônquios e dos pulmões; septicemia; neoplasia maligna do estômago; e AIDS. Comentou
256 também sobre análise da Escola de Saúde Pública, de 1998, a respeito dos anos de vida perdidos, que
257 trabalhava dados de morbidade e mortalidade da população, que seriam considerados na definição do
258 Plano. Falou também sobre a mortalidade infantil, destacando redução importante entre 1994 e 2001,
259 apesar da manutenção das desigualdades regionais, intra-regionais e nacionais. Comentou sobre a
260 incidência de tuberculose entre 2000 e 2002, ressaltando que se tratava de um problema de saúde
261 muito grave e, desse modo, era uma das prioridades do Ministério da Saúde para 2004. Em relação ao
262 ciclo de vida, apresentou dados sobre a saúde do adolescente, do adulto e do idoso. A propósito da
263 saúde do adolescente, destacou que na região Norte, uma em cada quatro mães adolescentes teve seu
264 filho entre 15 e 16 anos de idade. Ressaltou que esse dado refletia um insucesso das estratégias de
265 promoção à saúde e planejamento familiar. Sinalizou que, em 2001, o Sinasc registrou um total de
266 3.106.525 nascidos vivos, sendo 723.070 (23,3%) filhos de mães adolescentes, entre 10 e 19 anos de
267 idade, no país. Destacou que a região Norte apresentou a maior proporção de nascidos vivos entre
268 mães de 10 a 19 anos de idade (30,3%) e a região Sudeste foi a que registrou menor proporção
269 (19,8%). No que diz respeito à saúde do adolescente, enfatizou que as causas externas representavam
270 a primeira causa de morte de adolescentes de 10 a 19 anos de idade. Em 1998, mais de 16 mil
271 adolescentes morreram, representando 62,40% do total de mortes nessa faixa etária, sendo os
272 acidentes de trânsito a maior causa de mortes entre os jovens do sexo masculino em todo o mundo,
273 geralmente relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas. No que se refere à
274 saúde do adulto, destacou que, ao comparar dois períodos de cinco anos - 1979 a 1983 e 1995 a 1999
275 – constatou-se variações significativas na mortalidade por câncer na população masculina e feminina.
276 No conjunto dos óbitos por tumores malignos diminuiu a mortalidade por câncer de estômago (5,54%
277 entre os homens e 3,32% entre as mulheres); aumentou significativamente entre os homens a
278 proporção de óbitos por câncer de próstata (4,16%), e entre as mulheres, por câncer de traquéia,
279 brônquios e pulmões (2,25%) e por câncer de mama (1,82%). Chamou a atenção também para a
280 precariedade da atenção obstétrica, destacando que a menor cobertura de pré-natal foi encontrada no
281 Nordeste (75%) e a maior no Estado do Rio de Janeiro (96%). Destacou também a questão da violência
282 sexual como um fator preocupante a ser considerado. Sobre a saúde do idoso, destacou que a faixa
283 etária de 60 anos ou mais era a que mais crescia em termos proporcionais. Sinalizou que, segundo as
284 projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 1950 e 2025, a população de
285 idosos no país iria crescer dezesseis vezes contra cinco vezes da população total, o que colocaria o
286 Brasil, em termos absolutos, como a sexta população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32
287 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Comentou, em seguida, sobre aspectos relativos ao
288 financiamento, informando que os Estados mais dependentes de recursos federais no financiamento da
289 saúde eram o Maranhão (78%), o Piauí (76%) e a Paraíba (75%). Os Estados do Acre (59%), Amapá
290 (51%) e Amazonas (46%) apresentavam maior participação dos governos estaduais. Entre os que
291 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

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

Subsecretário de Planejamento e Orçamento, **Valcler Rangel Fernandes**, agradeceu as contribuições, críticas e sugestões do Colegiado ao Plano Nacional de Saúde. Reconheceu que o documento apresentava problemas como, por exemplo, o fato de não tratar da questão dos portadores de deficiência e patologia. Explicou que o problema já havia sido identificado. Contudo, por uma questão metodológica, optou-se por não tratar da questão na apresentação do documento ao CNS. Acrescentou ainda que a questão dos portadores de deficiência e patologia era complexa e perpassava todas as áreas de atenção à saúde. Disse que a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento buscava seguir o calendário de debate do PNS e acrescentar as sugestões no decorrer do processo de discussão. Nessa linha, disse que a principal tarefa em relação ao Plano era trabalhar as questões principais de cada área (saúde da mulher, do trabalhador, do idoso, da criança, entre outros). A propósito da questão dos medicamentos, explicou que se tentou incorporar ao Plano as principais deliberações da Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Dessa forma, propôs que o CNS aprofundasse o debate sobre o Projeto Farmácia Popular, verificando, em especial, os seus objetivos concernentes ao controle de preços e oferta de medicamentos. Explicou que o PNS poderia ser distribuído aos Conselheiros, no entanto, seria importante considerar que se tratava de um documento em processo de construção e não expressava a totalidade do pensamento do Ministério da Saúde. Acrescentou ainda que a principal dificuldade em relação ao Plano era agregar os inúmeros diagnósticos realizados no âmbito do Ministério da Saúde. Enfatizou que o Plano constituía-se em uma das ferramentas importantes para retomar o planejamento enquanto ação de Governo, com foco na qualificação do modelo de gestão. Explicou, ainda, que o objetivo do momento internet não era definir bases para o Plano, mas sim mobilizar a participação dos atores do setor saúde no processo de construção. A propósito da 12ª Conferência Nacional de Saúde, explicou que aguardava a conclusão do Relatório para incluir as suas diretrizes no Plano. Em relação à apreciação e debate do documento no âmbito do CNS, sugeriu a indicação de Conselheiros para promover interlocução com a Secretaria de Planejamento e Orçamento e acompanhar o processo de discussão. Além disso, propôs que na próxima Reunião do CNS fosse destinado um dia para debate e análise mais aprofundada do documento, a partir de nova metodologia e dinâmica. Por fim, informou que algumas das contribuições do CNS seriam incorporadas, de imediato, ao documento apresentado. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu a realização de reunião extraordinária ou oficina do CNS no mês de maio para discutir a pré-proposta do Plano Nacional de Saúde. **Feitas essas considerações, o Plenário decidiu que, após a apreciação do Relatório Final da 12ª Conferência seria realizada reunião extraordinária do CNS para apreciação do Plano Nacional de Saúde, com metodologia, dinâmica e data a ser definida pela CCG. Para isso, a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento encaminharia aos Conselheiros o documento apresentado, bem como versões mais atualizadas do mesmo.**

ITEM 02 – RELATO DA COMISSÃO DE COORDENAÇÃO GERAL- CCG – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou o relatório da 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 do Plenário, a saber: I. Parecer sobre o Projeto de Lei que cria a Agência Paulista de Controle de Doenças solicitado pelo SindSaúde de São Paulo e já discutido pelo Conselho Estadual de Saúde de São Paulo. O Plenário endossou o encaminhamento da CCG de indicar relator para preparar parecer sobre o projeto de lei, no prazo de sessenta dias, a ser apresentado ao Plenário. **Os Conselheiros Moisés Goldbaun e Rosane Lowenthal foram indicados para preparar o parecer. A respeito, conselheira Graciara Matos Azevedo sugeriu que os indicados solicitassem apoio do Conselho Regional de Odontologia/SP, para a elaboração do parecer sobre o projeto, que será oportunamente submetido à apreciação e deliberação do CNS.** II. Projeto de Lei nº 2.473/03, do Deputado **Colbert Martins**, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **O Plenário ratificou o encaminhamento da CCG de solicitar reunião com o Deputado Rafael Guerra, relator do Projeto, na Câmara dos Deputados, para discutir o Projeto com o CNS e a CONEP.** III. GT sobre Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS), criado em janeiro de 2004. A proposta da CCG era definir o prazo de 26 de abril de 2004 para conclusão do parecer. Conselheiro **Eni Carajá Filho**, membro do GT, sugeriu que a proposta de Parecer já elaborada fosse encaminhada aos novos membros do Grupo responsáveis por prestar assessoria jurídica. **O Plenário endossou o prazo de até 26 de abril para a conclusão do trabalho do GT sobre OSCIPS, a fim de que o Parecer fosse apreciado e votado na 142ª Reunião Ordinária, a ser realizada nos dias 05 e 06 de maio. A proposta de Parecer já elaborada pelo GT seria encaminhada aos novos membros do Grupo para análise jurídica.** IV. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – demonstra preocupação com as datas das conferências temáticas, o que poderá inviabilizar a participação nos municípios. **O Plenário endossou o encaminhamento de enviar Ofício ao Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul informando sobre as Conferências Regionais e indicar o apoio da Comissão de Articulação e Mobilização. V.**

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

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

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

lucrativas ou não. Na sua opinião, seria necessária negociação, buscando adequar o projeto aos dispositivos da Constituição Federal e do novo Código Civil. Sobre a questão, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** explicou que a Comissão buscou definir posição política do CNS em relação ao projeto de lei, assim, não cabia a análise jurídica. Disse que seria necessário solicitar ao Ministério da Saúde a definição de normas e regras para a contratação do setor privado e definir como critério para obtenção de gestão e administração do recurso do SUS a responsabilidade do gestor no SUS. Defendeu a aprovação do projeto de lei, por parte do Plenário, com as considerações apresentadas e as preocupações apresentadas pelo Conselheiro **Olympio Távora Correa** sobre a sua constitucionalidade e legalidade, as quais deveriam ser avaliadas por consultoria jurídica. **O Plenário aprovou, por unanimidade, o Parecer favorável ao projeto de lei. O Parecer aprovado pelo CNS, o relatório da Comissão do CNS, o parecer jurídico apresentado pelo Conselheiro Olympio Távora Corrêa e as considerações do Colegiado sobre o projeto seriam encaminhados ao Deputado Roberto Gouveia.**

XI. Valor das diárias pagas aos conselheiros. O Plenário autorizou a Secretaria-Executiva do CNS a elaborar proposta de documento que estabeleça ajuda de custo de despesas para os conselheiros em Reuniões Ordinárias e Extraordinárias.

XII. Plenária Nacional de Conselhos. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que foram apresentadas duas propostas de datas para a realização da Plenária Nacional de Conselhos – e dias 12 e 13 de maio de 2004 – sugestão da CCG. Após consulta aos Conselheiros participantes do Seminário sobre Comissões e GTs do CNS, decidiu-se convocar a Plenária para os dias 12 e 13 de maio de 2004, sendo que as atividades do dia 12 de maio seriam realizadas no Auditório Petrônio e seria necessário definir local para o dia 13 de maio. Informou, ainda, que a Plenária de Conselhos apresentou documento propondo que a Plenária não tivesse caráter eleitoral. Desse modo, sugeriu que na reunião da Coordenação da Plenária, a realizar-se nos dias 19 e 20 de abril, fosse concluído documento explicando que, apesar de a Plenária não ter caráter eleitoral, seria distribuído documento sobre processo eleitoral. A representante da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos, **Maria do Espírito Santo dos Santos Tavares**, explicou que a Coordenação da Plenária decidiu adiar a Plenária de Conselhos para o mês de novembro de 2004 na qual seria discutida a questão do processo eleitoral. Assim, a Plenária a ser realizada no mês de maio de 2004 seria convocada extraordinariamente para discutir a regulamentação da EC nº 29. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** ressaltou que o CNS já havia definido a questão da Plenária de Conselhos no Seminário sobre Comissões e GTs. Em resposta, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que o encaminhamento sobre a Plenária definido no Seminário teria de ser submetido à apreciação e deliberação do Plenário. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que a Plenária fosse convocada tendo como ponto principal o debate da regulamentação da EC nº 29 e os participantes decidiriam se a questão do processo eleitoral seria discutida. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** propôs que o CNS produzisse material sobre processo eleitoral da Plenária para ser distribuído e servir de subsídio, caso os participantes decidissem discutir o tema na Plenária, ou para incentivar o início do debate nos Estados. Sugeriu, ainda, que fosse destinado espaço na pauta da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde para apresentação do Plano Nacional de Saúde, pelo Ministério da Saúde. O membro da Coordenação da Plenária, **Júlio César das Neves**, lembrou que, em virtude da necessidade de mobilização para a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a Coordenação Nacional da Plenária acatou a proposta de adiar a Plenária de Conselhos para o ano de 2004, apesar da premência de realizar a eleição da nova Coordenação. Explicou que a Coordenação era favorável à realização de Plenária no mês de maio de 2004 para discutir a regulamentação da EC nº 29 e não o processo eleitoral. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que fora enviado documento aos estados informando a convocação da Plenária extraordinariamente para os dias 12 e 13 de maio de 2004, com o propósito de discutir a EC nº 29. Acrescentou que o dia 13 de maio seria destinado ao debate sobre o processo eleitoral, caso a Plenária decidisse debater a questão. Desse modo, foi decidido que seria elaborado documento sobre o processo eleitoral da Plenária para ser distribuído no evento. Feito esse esclarecimento, perguntou ao Plenário qual o encaminhamento em relação ao dia 13 de maio – manutenção ou cancelamento. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** defendeu o entendimento inicial do Plenário de destinar dois dias para a realização da Plenária que teria como propósito a discussão da EC nº 29 e do processo de eleição da coordenação da Plenária. Desse modo, sugeriu que na reunião da Coordenação da Plenária que ocorreria nos dias 19 e 20 de abril de 2004 fosse discutida a proposta de reservar o dia 13 de maio de 2004 para o debate do processo eleitoral e de elaborar documento sobre como se daria o processo de eleição da nova coordenação. Reafirmou a necessidade de definir se o debate do processo eleitoral ocorreria ou não, a fim de evitar que a decisão fosse tomada na Plenária. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que o segundo dia da Plenária fosse destinado ao debate sobre princípios e bases do processo

de eleição da nova coordenação e à apresentação do Plano Nacional da Saúde. Nessa linha, apresentou a sugestão de elaborar o documento sobre o processo eleitoral da Coordenação da Plenária na reunião que ocorreria nos dias 19 e 20 de abril que seria encaminhado à apreciação do Plenário do CNS. O membro da Coordenação da Plenária, **Júlio César das Neves**, defendeu a proposta de realizar a Plenária para discutir exclusivamente a EC nº 29, conforme proposta de programação elaborada pela Coordenação da Plenária. Ressaltou que não havia consenso sobre a proposta de elaborar documento sobre o processo eleitoral para ser distribuído na Plenária, pois poderia prejudicar o debate sobre a EC nº 29 e o processo eleitoral. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** defendeu a proposta de destinar o segundo dia da Plenária para a avaliação da Coordenação e início do debate do processo eleitoral. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** lembrou que o CNS era responsável por conduzir o processo de realização da Plenária, no entanto, reconheceu a importância da participação da Coordenação no processo. Defendeu a proposta de destinar o segundo dia para iniciar o debate sobre o processo eleitoral da Coordenação, considerando a expectativa das bases em discutir o tema. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que no segundo dia de reunião o Plenário definisse proposta para ser discutida na reunião da Coordenação da Plenária que ocorreria nos dias 19 e 20 de abril de 2004. O Plenário acatou o encaminhamento e os trabalhos do primeiro dia de reunião foram encerrados. No segundo dia de reunião, Conselheiro Francisco Batista Júnior apresentou proposta de programação para o dia 13 de maio de 2004 que não foi aceita pela Coordenação da Plenária. **Após algumas considerações, o Plenário aprovou, com uma abstenção, a proposta de elaborar documento com as diretrizes para o processo eleitoral da Plenária, previsto para acontecer em novembro de 2004. O documento, que será elaborado pelos Conselheiros Eni Carajá Filho, Jesus Francisco Garcia e Maria Natividade G. S. T. Santana, deverá ser submetido à apreciação e deliberação do Plenário na próxima reunião do CNS, que acontecerá nos dias 05 e 06 de maio de 2004.**

XIII. Conferências Temáticas. 1. Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – Conselheiro **Moisés Goldbaum** apresentou informe sobre a reunião da Comissão Organizadora da Conferência, realizada no dia 13 de abril de 2004, na qual a Comissão decidiu manter o calendário das Conferências Municipais. Informou que seria distribuído mapa sobre a situação das Conferências Estaduais e a expectativa era de que todos os estados realizariam Conferências Estaduais. Falou sobre a proposta de realizar a Conferência Estadual em um único dia, considerando que seria suficiente para que os estados apreciassem e apresentassem contribuições ao Documento-Base, que era conciso. Disse que a Comissão Organizadora realizaria reunião no dia 28 de abril para fazer balanço sobre a reunião das Secretarias-Executivas dos Conselhos Estaduais de Saúde, que ocorreria no dia 27 de abril de 2004. Informou, ainda, que a Comissão Organizadora aprovou a logomarca da Conferência que seria submetida à apreciação do Plenário, e reformulou a composição de algumas das suas comissões. Em seguida, submeteu à apreciação do Plenário questões que necessitavam de deliberação, a saber: **a) Indicação do Relator-Adjunto – O Plenário aprovou, por unanimidade, a indicação da Professora Rita Barata para a função de relatora-adjunta da Conferência; b) Mudança de data da realização – aprovada, por unanimidade, a mudança da data da etapa nacional da Conferência para 25 a 28 de julho de 2004, considerando que a data de 1º a 04 de julho coincidia com a realização do Congresso de Epidemiologia e do Congresso da SBPC, o que prejudicaria a participação de várias representações da área de ciência e tecnologia na Conferência; c) Criação de três suplências para a Comissão Organizadora – O Plenário aprovou, por unanimidade, a criação de três suplências, a serem ocupadas pelos Conselheiros Eni Carajá Filho e Luiz Fernando Eliotério e pelo Representante do Ministério da Saúde, Paulo Gadelha.**

2. Conferência Nacional de Saúde Bucal – Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou informe sobre a reunião das Comissões da Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada no dia 13 de abril de 2004. Explicou que a proposta da Comissão era distribuir o Documento-Base até o dia 26 de abril de 2004. Nesse sentido, solicitou que os Conselheiros colocassem à disposição da Comissão as suas malas diretas para divulgação do Documento. Informou que na reunião o Coordenador Nacional de Saúde Bucal, **Gilberto Pucca**, apresentou cinco propostas de logomarcas para a Conferência, das quais a Comissão Organizadora escolheu uma. Sobre a questão, ponderou que a logomarca escolhida fazia alusão à marca utilizada no Plano Nacional de Saúde Bucal. Na sua opinião, não seria conveniente utilizar logomarca que remetesse à marca utilizada pelo Governo e, nesse sentido, sugeriu que o Conselho apreciasse a questão. Por fim, submeteu à apreciação do Pleno a proposta de contratação da jornalista **Edna M. Cristina dos Santos** que será responsável por prestar assessoria técnica na área de comunicação. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, fez uso da palavra para solicitar que os segmentos concluíssem a indicação dos nomes para compor as Comissões das Conferências até o dia seguinte, considerando que o material das Conferências seria enviado para publicação. Além disso, apresentou informe sobre documento da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco encaminhado

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

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

e extensão que congregava o maior número de profissionais, professores e pesquisadores em saúde indígena. **A minuta de Recomendação da CISI foi aprovada por unanimidade.** Em seguida, consultou o Plenário sobre a participação de representante da CISI no Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado a FUNASA, conforme a Portaria nº 69/04 do Ministério da Saúde. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** lembrou que havia Resolução do CNS, reafirmada no Seminário sobre Comissões e GTs do CNS, definindo que não seriam indicados representantes do CNS para participar de Comitês, Comissões do Ministério da Saúde e demais Ministérios, o que impedia a participação oficial da CISI/CNS no Comitê. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, fez uso da palavra para esclarecer que não havia Resolução do CNS sobre a participação de seus representantes em Comitês, contudo, na Reunião Ordinária do CNS realizada em maio de 2003, o Plenário deliberou por não indicar representantes do CNS para participar de Câmaras Técnicas, Conselhos Consultivos, Comitês, Comissões, entre outros. Acrescentou que essa deliberação foi discutida posteriormente e reafirmada, no entanto, a proposta oriunda do Seminário sobre Comissões e GTs do CNS foi de que seria avaliado caso a caso. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** defendeu a participação da CISI no Comitê, considerando que o CNS possuía representantes em algumas Comissões do Ministério da Saúde. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** manifestou-se favorável à indicação de representante da CISI para participar da Comissão. Conselheiro **Rosane Lowenthal** sugeriu que a CISI indicasse representante para participar do Conselho Consultivo, durante seis meses, com a função de promover articulação entre os Conselhos Distritais e Locais Indígenas e os Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais. Após esse período, o CNS faria avaliação do processo. **O Plenário aprovou a participação de representante da CISI/CNS no Comitê Consultivo da FUNASA, nos termos supracitados.** Conselheira **Zilda Arns Neumann** entregou ao Presidente da FUNASA/MS, **Valdi Camarcio Bezerra**, o Plano de Trabalho da CISI/CNS para 2004.

ITEM 05 – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO SUS – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, convidou a Coordenadora da Política de Humanização do Ministério da Saúde, **Regina Benevides**, para apresentar a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH), cujas diretrizes foram apresentadas na Reunião do CNS de julho de 2003. A Coordenadora da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, **Regina Benevides**, a princípio, agradeceu a oportunidade de apresentar a Política de Humanização ao Pleno do CNS. Destacou que o entendimento do Ministério da Saúde era de que a humanização deveria ser um dos eixos básicos para as políticas do SUS, de forma a evitar políticas e programas de humanização fragmentados, que não tinham impactos de mudança efetiva nos indicadores de saúde e na relação entre os trabalhadores e usuários. Desse modo, explicou que foi construída coletivamente com os vários setores do Ministério da Saúde uma Política Nacional de Humanização transversal, que visava mudar o modelo de atenção e de gestão. Explicou que a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS visava enfrentar as graves lacunas relativas ao acesso universal e equânime aos serviços e bens de saúde e à atenção integral à saúde; modificar o quadro de desvalorização dos trabalhadores da saúde, de precarização das relações de trabalho (baixo investimento em educação permanente, baixa implicação no processo de gestão); e romper com a fragmentação e a desarticulação das ações e programas de humanização. Enfatizou que para elaboração da Política foi utilizado conceito ampliado de humanização relativo à valorização dos sujeitos envolvidos na prática da saúde – usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva na gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde; e compromisso com a melhoria das condições de trabalho e atendimento. Explicou que a partir desse cenário foi definido o HumanizaSUS (Política Nacional de Humanização), que consiste em uma proposta de nova relação entre os usuários, os profissionais e a comunidade. Acrescentou que se tratava de uma proposta de trabalho coletivo que visava tornar o SUS mais acolhedor, eficaz, ágil, com locais mais confortáveis e capaz de reconhecer e respeitar a diversidade do povo brasileiro e oferecer o mesmo tratamento a todos, sem distinção de raça, cor, origem ou orientação sexual. Disse que esse “novo” sistema, comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos, deveria ser construído com a participação de todos: trabalhadores, gestores e usuários. Continuou explicando que a proposta foi construída e buscava manter intersecção com as diferentes áreas e políticas do Ministério da Saúde. Além disso, estava sendo definida pactuação entre vários atores – Secretarias de Saúde, Conselhos, Comissão Intergestores Tripartite, entre outros. Reafirmou os princípios da Política de Humanização, quais sejam: valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS; fortalecimento do 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 corresponsabilidade 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

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

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

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