



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA CENTÉSIMA QUADRAGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

ITEM 1 – ABERTURA – Aos seis e sete dias do mês de outubro do ano de dois mil e quatro, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde”, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala B, na Cidade de Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Quadragesima Sétima Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, inaugurou as novas instalações do Conselho Nacional de Saúde e, em seguida, procedeu à abertura dos trabalhos da reunião, dirigindo-se ao Plenário nos seguintes termos: “Bom dia a todos e todas. Eu gostaria de dar as boas-vindas aos presentes à reunião e, em especial, cumprimentar os que contribuíram na reforma das instalações do Conselho Nacional de Saúde. Gostaria de informar, a princípio, que na próxima sexta-feira serão inaugurados 67 Centros de Especialidades de Saúde Bucal e a meta é a instalação de mais 33, até o final de 2004, totalizando 100 Centros. O Programa Saúde Bucal tem apresentado resultados extremamente positivos e a expectativa é de superação das metas estabelecidas, apesar das dificuldades em relação à fluoretação das águas. O número de novas equipes diz respeito ao processo de fluoretação das águas, sendo provável que atinjamos, no mínimo, 40% da meta definida para 2004. Estamos trabalhando com esta perspectiva, que já é uma dimensão clara do êxito em relação à experiência de implementação da Política Integral de Atenção à Saúde Bucal no Brasil. Eu gostaria de tratar sobre dois temas. O primeiro refere-se às equipes de transição do PSF. É do conhecimento de todos a enorme dificuldade em ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Família em todo o país. O Governo do Presidente **Lula** definiu a estratégia da saúde da família como central para ampliação da Atenção Básica e para a garantia de acesso aos serviços de saúde. Nessa linha, nós estabelecemos algumas metas, entre elas, dobrar, até 2006, o número de equipes de saúde da família em relação às existentes até o final de 2002 e fazer com que a área de saúde bucal passasse a ocupar um papel relevante no Programa de Saúde da Família, de forma a garantir que, em um espaço de tempo, não tão longo, o número de profissionais de saúde bucal fosse igual aos dos demais profissionais do Programa. Estamos trabalhando uma proposta de construção de um núcleo de atenção integral à saúde da família, que seria uma espécie de referência para o Programa de Saúde da Família e envolveria outros profissionais como assistentes sociais, profissionais da área de psicologia e nutrição. Enfim, a idéia é incorporar as atividades físicas dentro deste núcleo de atenção integral à saúde da família. Contudo, este esforço tem sido dificultado por alguns fatores, sendo um deles a dificuldade de fixar profissionais, principalmente para os municípios mais distantes, com menor IDH e densidade populacional, de modo a garantir o acesso à população local. Estamos trabalhando uma política específica para essa questão. É sabido que nós definimos, neste ano, um financiamento diferenciado para o Programa de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde nestes municípios, inclusive modificando a relação profissional/número de famílias, visando a fixação de profissionais nestas localidades. Além disso, iniciamos um processo de discussão com as Forças Armadas, visando a definição de estratégias para disponibilizar profissionais para os locais mais distantes do Brasil. Também estamos discutindo uma proposta para que este recrutamento represente um processo de formação profissional em nível de pós-graduação. A discussão com o MEC sobre a proposta de serviço civil também está avançada. Essa proposta visa, dentro da residência médica, disponibilizar profissionais para as áreas de difícil acesso, inclusive profissionais na área de especialidades. Nós ainda temos problemas nos grandes municípios ou naqueles que já possuem uma rede de atenção básica no estilo tradicional com profissionais das especialidades básicas, clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia. À medida que o processo de transformação vai acontecendo, esses profissionais vão perdendo o seu papel dentro dos serviços e terminam se tornando recursos, que são adicionalmente gastos sem que, de fato, se tenha um papel claro e definido para esses profissionais. Isso é válido, principalmente, para aqueles municípios que tiveram expansão rápida e não sabem bem o que fazer com os seus pediatras, ginecologistas, obstetras, enfermeiros e enfermeiras, que não tem dedicação integral. O PROESF foi uma ação importante para a ampliação do Programa de Saúde da Família nesses municípios e é uma experiência que está avançando. Neste ano, é possível ter indicadores importantes desse trabalho, tendo havido uma adesão significativa e massiva. Nós fechamos todas as fases do processo, inclusive a que diz

57 respeito à participação dos governos estaduais dentro do PROESF. Porém, precisamos definir uma
58 alternativa para os municípios que fazem o processo de substituição e enfrentam dificuldades em definir
59 o papel dos outros profissionais, que, muitas vezes, são profissionais dedicados, com referência na
60 comunidade, sendo importante definir um papel a eles. Muitos municípios têm trabalhado na
61 perspectiva de capacitação desses profissionais para que possam assumir, de fato, um papel de
62 profissionais do Programa de Saúde da Família, mas isso envolve a mudança de carga horária e outras
63 questões. Nós entendemos que era preciso discutir e apresentar uma alternativa para tais municípios
64 nesse processo da expansão. Desse debate, surgiu a idéia da construção das equipes de transição.
65 Primeiro, é necessário deixar claro que essas são equipes de transição e não equipes definitivas do
66 Programa de Saúde da Família. Segundo, o trabalho das equipes está subordinado aos princípios
67 fundamentais da política ou da estratégia do Programa Saúde da Família, que são: a territorialização, a
68 responsabilização sanitária por uma determinada região e a disponibilização dos serviços por tempo
69 integral. Na verdade, estamos tentando estabelecer correspondência nessa transição para que
70 possamos chegar com esses princípios, com essa estratégia, levando a Atenção Básica para os vários
71 setores que hoje não têm acesso, otimizando a utilização dos recursos já existentes. Isso é
72 inteiramente válido e relevante principalmente para muitos municípios do Sul do país que têm redes
73 tradicionais, muitas delas bastante amplas e que têm feito a conversão para o Programa de Saúde da
74 Família com muita dificuldade. Alguns desses municípios conseguiram fazer essa conversão
75 capacitando os profissionais, ampliando carga horária e concedendo gratificações. É o caso de Belo
76 Horizonte, que deve ter uma cobertura na faixa de 60 a 70% e boa parte dos profissionais atuantes era
77 da rede e fora capacitada. Então, a idéia é que possamos ter um financiamento diferenciado para estas
78 unidades básicas onde se possa ter pediatras, clínicos gerais, com funcionamento em tempo integral,
79 territorialização, responsabilidade sanitária e adscrição de clientela, que são os princípios do Programa
80 de Saúde da Família, e o estabelecimento de um prazo para que essa transição se complete. Essa é
81 uma proposta muito importante que foi feita com muito cuidado, não se tratando de flexibilização dos
82 princípios do Programa de Saúde da Família, mas de uma estratégia que permita, o mais rápido
83 possível, fazer chegar às pessoas as estratégias da saúde da família. Outro ponto importante que
84 gostaria de tratar diz respeito ao tema da avaliação, controle e monitoramento dos recursos do SUS.
85 Essa também é uma prioridade de governo e do Ministério da Saúde. Nós entendemos que o processo
86 de descentralização da Política de Saúde do Brasil representou um avanço significativo, pois
87 possibilitou que a política de saúde fosse, entre as políticas públicas do país, a mais avançada, com
88 maior capacidade e rapidez de resposta. Além disso, permitiu um planejamento localizado, de acordo
89 com as prioridades de cada município ou estado, a constituição dos Fundos Nacional, Estadual e
90 Municipais, a transferências dos recursos Fundo a Fundo e a definição da aplicação desses recursos.
91 No entanto, concomitantemente à criação do processo de descentralização, não foram definidos os
92 mecanismos adequados para o monitoramento, avaliação e o controle da aplicação financeira dos
93 recursos e da obtenção das metas e compromissos assumidos no momento em que o pacto federativo
94 estabelece as responsabilidades dos municípios, dos estados e do governo federal. Durante um bom
95 tempo houve, inclusive, um conflito de compreensão de como deveria acontecer essa avaliação, esse
96 monitoramento e esse controle. O Tribunal de Contas entendeu que o modelo convencional,
97 principalmente, deveria ser aplicado para esse tipo de transferência de recursos e que deveria se
98 prestar contas, na forma de convênios, de todo o recurso transferido. Hoje, isso tira totalmente a
99 autonomia dos municípios e dos estados e gera um processo burocrático inteiramente incapaz de
100 permitir que o processo flua sem maiores problemas, mostrando-se totalmente inadequado como forma
101 de controle, avaliação e monitoramento. Nós conseguimos, após longo trabalho com a Controladoria
102 Geral da União e com o Tribunal de Contas da União, construir uma visão diferenciada desse processo,
103 entendendo a transferência de recursos Fundo a Fundo e o processo de descentralização como um
104 processo original e particular, que precisa ser encarado como tal e ter controles adequados a essa
105 modalidade. A falta de criação de mecanismos para o controle, avaliação e monitoramento compatíveis
106 ou harmonizados com o processo da descentralização resultou em um quadro que, efetivamente,
107 precisa ser mudado. As auditorias feitas pelo Ministério da Saúde e pela Controladoria Geral
108 demonstram que boa parte dos Conselhos Municipais existentes é capturada pela gestão ou enfrenta
109 dificuldades em cumprir, efetivamente, o seu papel de fiscalização. Apesar de todo esforço do Conselho
110 e do treinamento e capacitação feitos pela Secretaria de Gestão Participativa, nós verificamos várias
111 situações de desvio concreto de recurso do Sistema Único de Saúde, de não cumprimento da Emenda
112 Constitucional nº 29 e de metas pré-estabelecidas. Nós consideramos que é chegada a hora de se
113 construir um processo que seja capaz de dar resposta a essa situação, não sendo, apenas, uma mera
114 ação de fiscalização ou controle, mas sim, uma ação que permita, inclusive, uma qualificação da gestão
115 em nível municipal, estadual ou federal. A nossa idéia é promover uma ampla discussão, passando
116 pelo processo de unificação dos sistemas de informação, no que for possível e re-discussão do

conteúdo jurídico-legal dos pactos que são feitos. Por exemplo, os Planos de Saúde Municipais e Estaduais, muitas vezes, são meros formalismos e não há definição clara de direitos e deveres em relação a isso, de obrigações que têm que ser cumpridas pelo gestor e do papel dos Conselhos Municipais ou Estaduais. A nossa idéia é que esse pacto tenha um papel político e, ao mesmo tempo, tenha uma base jurídico-legal. Assim, se o município, ao entrar em Gestão Plena, definir em seu Plano que irá colocar todos os diabéticos em tratamento, cadastrados, recebendo medicamentos, isso não poderá ser encarado como uma mera manifestação de intenção, mas sim, como uma meta a ser cumprida e monitorada. E, na eventualidade do não cumprimento, que nós possamos avaliar os motivos e estabelecer formas de viabilizar o cumprimento. A propósito do debate do processo de contratualização, verificamos que os prestadores e os gestores não têm uma relação jurídica clara que defina a responsabilidade recíproca – os gestores definem os tetos que os prestadores devem ter; os prestadores decidem pagar ou não, glosar ou não e o que querem atender ou não. É importante que haja contratos com personalidade jurídica clara e que se possa, a partir deles, fazer cobranças, definir responsabilidades e como será feito o processo de monitoramento e avaliação. Nós não podemos trabalhar na lógica convencional e ficar fazendo prestação de contas, ao contrário, devemos, primeiramente, definir orientações claras e amplas de como os recursos podem ser gastos, garantindo-se a autonomia do gestor nesse processo. Por outro lado, é preciso definir um conjunto de indicadores de acompanhamento para que possamos saber se, de fato, as metas estão sendo cumpridas, estabelecer o nível de infestação domiciliar, por exemplo, pelo *Aedes aegypti*, a meta de redução da mortalidade infantil, de redução da mortalidade materna, controle de pacientes portadores de diabetes e hipertensão e redução da prevalência de incidência de tuberculose, hanseníase, malária, entre outras. Essas duas propostas serão apresentadas aos Conselheiros para debate. Contudo, gostaria de afirmar que essas duas ações são vitais e essenciais para que possamos avançar, inclusive, no tema de monitoramento, controle e avaliação. É preciso que os Conselhos exerçam o controle e, ao mesmo, nós temos que criar espaços para que o cidadão também possa fazer o controle, por meio de ações como implementação de uma política de ouvidoria nas unidades de saúde e de conselhos gestores e de transparência para que a população conheça os gastos do Sistema Único de Saúde. Nós estamos discutindo com o Banco do Brasil, a Caixa Econômica Federal e os Correios um sistema que possibilite a qualquer cidadão acessar dados e saber quanto foi enviado para o seu município e as responsabilidades que o município deve ter. Nesse processo, os próprios Conselhos têm a sua função reforçada. Nós queremos concluir esse trabalho, inclusive, com uma série de mudanças no arcabouço jurídico-legal, entre elas, a idéia de implementação de uma lei de responsabilidade sanitária e gostaríamos de ter o respaldo do Conselho nesse sentido. Hoje, quem descumpra a Lei de Responsabilidade Fiscal – gastou menos com pessoal do que o previsto na lei ou não publicou os balanços – pode ficar inelegível e responder a processo na justiça. Porém, não acontece nada com quem não cumpre a Emenda Constitucional nº 29 ou deixa faltar medicamento no seu município ou deixa a população sofrer nas emergências. Então, é importante que tenhamos um instrumento legal que faça com que os gestores, prefeitos, governadores e Presidente da República assumam as suas responsabilidades e sobre eles possa pairar sanções de ordem legal, no sentido de que o não cumprimento daquela legislação se constitua, de fato, em uma infração a ser punida com inelegibilidade, pagamento de multas e processos. Além disso, chamo a atenção para o fato de estarmos tratando do segundo maior orçamento da área social. Então, era isso que eu queria colocar. Nós estamos abertos para ouvir sugestões do CNS às duas propostas, contudo, é muito importante que possamos ter, até o final desse ano, essas duas ações em processo de implementação. Obrigado”. Concluído o pronunciamento do Ministro, foi aberta palavra para manifestações do Plenário. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** cumprimentou o Ministro da Saúde, manifestando-se satisfeito com a conclusão da reforma das instalações do Conselho. Informou que, no Estado do Rio Grande do Sul, o repasse de recursos a alguns municípios havia sido suspenso, em função da má aplicação de recursos e o Conselho Estadual não havia aprovado o orçamento da saúde para 2005, em virtude de o Estado não ter cumprido a EC nº 29. Disse que esses eram problemas recorrentes no Estado, sendo necessárias providências nesse sentido. Além disso, entregou ao Ministro da Saúde, para as providências cabíveis, um documento da Rede Brasileira de Integração dos Povos, que manifesta preocupação com a pressão da França, na Câmara de Comércio Brasil/França, para a extinção da anuidade prévia relativa a patentes. A propósito, solicitou que a Lei de Patentes fosse pautada para debate no CNS. Conselheiro **Ary Paliano** registrou preocupação com a dificuldade dos índios que residem fora das aldeias em ter acesso aos serviços de saúde, tendo em vista a falta de mecanismos legais que garantam o atendimento dos mesmos, pela FUNASA e pelos municípios. Disse que 52% dos índios viviam fora de aldeias, sendo necessárias medidas do Ministério da Saúde para garantir o atendimento a essa população. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, a princípio, cumprimentou o Ministro da Saúde pela reforma das instalações do CNS. Em seguida, destacou que dezesseis Estados

177 não cumpriram a EC nº 29 e, nessa linha, enfatizou a importância de maior participação e empenho dos
178 órgãos ligados ao Ministério da Saúde na luta pela regulamentação da Emenda. Além disso, registrou
179 preocupação com item da proposta de transição das equipes do PSF que propõe a redução da carga
180 horária dos médicos para 20 horas, o que poderia incentivar o profissional a buscar outras atividades
181 profissionais, comprometendo a integralidade da assistência. Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** falou
182 sobre a retirada da alíquota zero para compra de equipamentos e materiais, destacando que acarretaria
183 no aumento das despesas da saúde. Nessa linha, disse que seria necessária intervenção do Ministério
184 da Saúde no sentido de reverter essa decisão. Além disso, destacou que seria importante a instalação,
185 no Edifício Anexo do Ministério da Saúde, de banheiro adaptado para as pessoas portadoras de
186 deficiência. Conselheiro **Izaac Fernandes**, a propósito da EC nº 29, informou que, no Rio Grande do
187 Sul, foi feito um termo de ajustamento de conduta que responsabilizava o gestor público pelo não
188 cumprimento da Emenda. Enfatizou, ainda, a necessidade de reverter a decisão de se retirar a alíquota
189 zero para compra de equipamentos e materiais, em especial das bolsas de colostomia, a fim de não
190 prejudicar os usuários que necessitam desse material. O Ministro da Saúde respondeu às intervenções
191 dos Conselheiros, manifestando-se nos seguintes termos: “Vou iniciar pela última questão colocada. Eu
192 acredito que a SAS/MS pode verificar a questão da retirada da alíquota e definir uma alternativa. Nós
193 somos inteiramente favoráveis que se continue a dar tratamento diferenciado à questão das bolsas de
194 colostomia. Em relação ao banheiro adaptado para as pessoas portadoras de deficiência, a Secretária-
195 Executiva do CNS informa que está sendo providenciado. Sobre as equipes de transição do PSF,
196 gostaria que ficasse claro que, em nenhum momento, foi cogitada a possibilidade de reduzir a carga
197 horária de 40 horas dos trabalhadores para 20. A discussão refere-se à definição de equipes de
198 transição nos municípios ou nas unidades de atenção básica que possuam profissionais com carga
199 horária de 20 horas – um pediatra, um clínico, um ginecologista. Não existe a proposta de reduzir a
200 carga horária de profissionais contratados para 40 horas. Ao contrário, nós vamos fazer com que o
201 profissional de 20 horas, que desempenha um trabalho sem adscrição de clientela, sem
202 responsabilidade sanitária, sem territorialização e sem acolhimento, possa trabalhar nas condições e a
203 partir dos princípios do PSF. A Dra. Afra irá detalhar a proposta aos Senhores. Com relação ao tema da
204 Emenda Constituição nº 29, nós voltamos a conversar no âmbito do governo e nossa posição é que
205 façamos essa discussão ainda esse ano, mas para ser implementada em 2006. Em 2005, nós
206 queremos cumprir a Emenda Constitucional nº 29 nos moldes como está prevista hoje. Contudo, é
207 necessário fazer uma discussão, porque o grande problema não é o percentual que o governo federal
208 deve gastar, mais sim, o entendimento do que é ação em saúde. No Congresso Nacional, um grupo
209 importante de parlamentares não quer discutir o que ação em saúde, mas sim, quanto o governo
210 federal vai gastar. Sobre a saúde indígena, desde o ano passado, nós estamos trabalhando no sentido
211 de reformular a Política de Saúde Indígena. Inclusive, nós já reformulamos as responsabilidades da
212 FUNASA. Estamos discutindo a questão do acesso dos índios aos serviços de saúde. Nesse sentido,
213 há um grupo de trabalho discutindo a situação dos índios fora das aldeias e não integrados ao sistema
214 de saúde. Eu sugiro que haja uma conversa com a FUNASA, porque uma das prioridades do Ministério
215 da Saúde, para 2005, é a Política de Saúde Indígena. Com relação ao tema das patentes, hoje estamos
216 recebendo a visita do Ministro da Saúde da França, que irá conversar conosco e, também, com o
217 Presidente da República. A princípio, o objetivo da visita é discutir como nós poderemos, em uma ação
218 comum com a França, aplicar os princípios garantidos na Declaração de **INAUDÍVEL**. Nós tivemos,
219 anteriormente, a visita do Ministro da Indústria e Comércio da França para tratar, em especial, da
220 demora na concessão ou não do registro e da anuência prévia. A princípio, o governo não tem posição
221 sobre essa questão, pois o caso brasileiro é diferenciado, tendo em vista que o INPI, órgão responsável
222 pela concessão de registro de patentes, diferentemente dos órgãos que concedem patentes em outros
223 países, não tem um quadro especializado na questão da área de saúde. Então, a exigência de se ter
224 anuência prévia da ANVISA é fundamental, considerando a sua grande importância para a preservação
225 dos interesses do país. Ou seja, caso alguma modificação venha a acontecer e tudo seja centralizado
226 no INPI, nós temos que lutar para que exista, de fato, um corpo técnico capaz de definir claramente o
227 que é ou não inovação em saúde e, ao mesmo tempo, tenha posição política muito clara de governo no
228 sentido de que, por exemplo, as patentes de segundo uso não venham a ser uma política, como ocorre
229 hoje. Por exemplo, ao se descobrir um uso secundário para um medicamento, se tenta e, na maioria
230 das vezes, se consegue fazer o registro de uma nova patente que fica valendo por mais 20 anos. É
231 preciso pesquisar os medicamentos que estão sem patentes e dependem, exatamente, de se ter a
232 patente esgotada, no entanto, não há discussão de governo em relação a isso. Na próxima reunião do
233 CNS, eu farei um informe sobre a visita do Ministro da Saúde da França para tratar, além da questão do
234 medicamento, do tema da cooperação Brasil-França. Destaco como pontos importantes dessa
235 cooperação o SAMU e a Política de Atenção Hospitalar, inclusive o financiamento, pois, como se sabe,
236 estamos começando a modificar o processo de financiamento dos serviços públicos de saúde no Brasil.

237 Por último, eu gostaria de registrar que estamos avançando, significativamente, na Política de
 238 Transplantes no Brasil. Os dados de 2004 são muito animadores. No primeiro semestre de 2004, nós
 239 tivemos crescimento superior a 27% no número de novos transplantes. Estamos avançando muito na
 240 área de transplante de tecidos, principalmente de córneas e medula óssea, e a idéia é chegar, até o fim
 241 do ano, ao incremento de 40% do número de transplantes realizados. Além disso, a nossa meta é zerar
 242 a fila de transplante de córneas até o final de 2005. Paralelamente a isso, nós tomamos duas ações
 243 importantes para enfrentar o problema da fila e que, conseqüentemente, irá destacar o Brasil no cenário
 244 do desenvolvimento tecnológico em saúde. A primeira foi a implantação e instalação da Rede Nacional
 245 de Bancos de Sangue de Cordão Umbilical, que nós lançamos há duas semanas, em São Paulo. A
 246 Rede terá sete plataformas no Brasil, com 10 bancos de sangue de cordão umbilical, reduzindo o
 247 tempo para obtenção de um transplante de medula óssea compatível, o risco e a rejeição. A outra é um
 248 estudo que o Ministério da Saúde está financiando sobre aplicação de células-tronco para
 249 revascularização e revitalização da musculatura cardíaca. Essa pesquisa terá a duração de três anos e
 250 tratará de quatro situações: pacientes chagásicos com dilatação cardíaca; outros tipos de dilatações
 251 cardíacas por razões diversas; coronariopatias crônicas com grave comprometimento de função
 252 cardíaca; e infarto agudo do miocárdio. No Brasil, já existem estudos nessa área, realizados pela
 253 Universidade Federal do Rio de Janeiro e pelo Instituto Nacional de Cardiologia do Ministério,
 254 demonstrando que essa área é extremamente promissora. Se tudo der certo, dentro de três anos,
 255 veremos os efeitos concretos e a repercussão na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Caso os
 256 resultados sejam positivos, na maioria dos casos, não será necessário realizar transplante e
 257 revascularização com as tradicionais pontes. Hoje, nós gastamos, aproximadamente, R\$ 500 milhões
 258 por ano com ações intervencionistas na área da cardiologia, cirurgias de revascularização e
 259 transplantes. Com esses novos procedimentos, esse custo será reduzido, significativamente. O Brasil é
 260 um dos poucos países que está trabalhando com isso, mas vamos deixar para discutir essa questão em
 261 outro momento. Espero que no mês de dezembro nós possamos apresentar um balanço geral da
 262 Política de Transplante no Brasil. Eu queria agradecer a atenção de todos e desejar um bom trabalho.
 263 Muito obrigado”. Concluído esse ponto, foi iniciada a discussão do item 2 da pauta. **ITEM 2 – A ÁGUA**
 264 **MINERAL E SEU VALOR TERAPÊUTICO** – A Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** assumiu a
 265 coordenação dos trabalhos, convidando para compor a mesa o representante da Internacional de
 266 Serviços Públicos, **Jocélio Drummond**; o Presidente da Sociedade Brasileira de Termalismo, **Marcos**
 267 **Huntura Filho**; e o líder do movimento pela recuperação do caráter terapêutico das águas, **Franklin**
 268 **Gonçalves**. O primeiro a fazer uso da palavra foi o representante da Internacional de Serviços Públicos,
 269 **Jocélio Henrique Drummond**, que, a princípio, cumprimentou o Plenário e agradeceu a oportunidade.
 270 Explicou que o objetivo principal do debate era apresentar o panorama atual sobre a utilização das
 271 águas minerais no país. Disse que o Brasil possui o maior manancial de águas minerais do mundo, no
 272 entanto, a aplicação terapêutica dessas águas é pouco estudada e difundida no país e esse manancial
 273 vinha sendo destruído ao longo dos anos. Frente a esse cenário, ressaltou que a proposta era delegar
 274 novamente ao Ministério da Saúde a gestão das águas minerais e sua valorização para fins
 275 terapêuticos, com reativação da Comissão de Crenologia, que, no momento, encontra-se no âmbito do
 276 Ministério das Minas e Energia. Na seqüência, o Presidente da Sociedade Brasileira de Termalismo,
 277 **Marcos Huntura Filho**, fez uma apresentação sobre os benefícios terapêuticos das águas minerais. A
 278 princípio, agradeceu o convite à Diretoria Científica da Sociedade Brasileira de Termalismo para
 279 discutir, no CNS, a questão do termalismo, que engloba a crenologia e a crenoterapia (campos da
 280 medicina que utiliza as águas minerais com fins terapêuticos). Iniciou a sua explanação informando que
 281 a utilização terapêutica das águas era uma cultura milenar, que havia sido trazida para o Brasil pela
 282 coroa Portuguesa, o que incentivou o seu desenvolvimento em regiões pontuais do país. Prosseguiu
 283 destacando que o novo Código Brasileiro de Águas Minerais enfocava dois pontos fundamentais das
 284 águas, sendo a composição química e a característica da fonte. Nesse sentido, explicou que, quanto à
 285 composição química, as águas eram classificadas, em: **a)** radíferas; **b)** alcalino-bicarbonatadas; **c)**
 286 alcalino-terrosas (cálcicas e magnesianas); **d)** sulfatadas; **e)** sulfuradas; **f)** nitradas; **g)** cloretadas; **h)**
 287 ferruginosas; **i)** radioativas: fracamente radioativas; radioativas; fortemente radioativas; **j)** toriativas:
 288 **torônio = 2 U maches/l; k)** carbogaseas: mais de 200 ml CO₂/l; e **l)** oligominerais. Quanto à
 289 temperatura na fonte, as águas eram classificadas em: **a)** Frias: < 25°C; **b)** hipotermiais: 25 - 33°C; **c)**
 290 mesotermiais: 33 – 36°C; **d)** isotermiais: 36 – 38°C; e **e)** hipertermiais: > 38°C. Disse que, a partir da
 291 composição química, as águas eram indicadas para tratamentos terapêuticos, sendo as sulfuradas,
 292 ricas em enxofre, utilizadas para tratamento de reumatismos, doenças de pele e do aparelho digestivo;
 293 as carbônicas, ricas em dióxido de carbono, utilizadas para tratamento hipertensão arterial; as
 294 radioativas, ricas em radônio, utilizadas para efeitos sedativo e depurativo renal; as fluoretadas, ricas
 295 em flúor, utilizadas na prevenção de cáries e osteoporose; as vanádicas, ricas em vanádio, utilizadas
 296 no tratamento de colesteróis e triglicérides; as litinadas, ricas em lítio, utilizadas para “manias” (banhos)

297 e ácido úrico (ingestão); e as ferruginosas, ricas em ferro, utilizada para tratamento de anemias
298 carenciais. Destacou, também, a talassoterapia, que consiste na utilização terapêutica da água do mar,
299 bem como de outros elementos como os ventos (helioterapia); do clima (climatologia); e da areia
300 (pepsaloterapia). Citou algumas reações anormais provocadas pelas águas mineromedicinais, sendo:
301 reação termal, que ocorre nos primeiros dias da cura balneária, com períodos de excitação, anorexia,
302 alterações digestivas, febre baixa, sudorese e palpitações, e a crise termal, que ocorre entre o 5º e 8º
303 dia, causando mal estar geral, dores musculares, cansaço, agitação, insônia, febre, inapetência,
304 obstipação ou diarreia, pirose, hipotensão arterial e reagudização de processos reumáticos. Explicou
305 que essas reações ocorriam, na maioria das vezes, com águas hiper-termais, com temperaturas na
306 fonte superiores a 45º e com águas altamente mineralizadas. Ressaltou que, apesar dos benefícios, a
307 aplicação terapêutica das águas minerais é pouco estudada e difundida no Brasil, ao contrário de
308 países como Portugal, França e Hungria, e não faz parte de nenhuma política pública de saúde no país.
309 Além disso, disse que o patrimônio termal público nacional é mal conservado e gerido e a
310 profissionalização e cientificização do termalismo, ao longo do tempo, é escassa, ficando os
311 investimentos sempre a cargo dos governos locais, com pouca ou nenhuma ajuda da União. Destacou,
312 também, que houve municipalização dos serviços em algumas cidades (Poços de Caldas) e
313 privatização em outras (Araxá). Finalizou destacando que a retomada das atividades da Comissão
314 Permanente de Crenologia configurava-se em uma nova esperança para o desenvolvimento da
315 crenologia no Brasil. Em seguida, fez uso da palavra o líder do movimento pela recuperação do caráter
316 terapêutico das águas, **Franklin Gonçalves**, que abordou a questão do desmonte do patrimônio
317 brasileiro das águas minerais. Iniciou a sua explanação informando que, no Brasil, até cerca de 1948,
318 as Universidades Públicas Federais ofereciam a cadeira de crenologia nos cursos de medicina, o que
319 possibilitava a formação de médicos para atuar nessa área. Além disso, funcionava a Comissão
320 Federal de Crenologia, que apresentava propostas modernas de uma política de saúde pública,
321 utilizando a diversidade das águas minerais do país. Contudo, sem nenhuma explicação plausível, a
322 partir de 1950, as Universidades passaram a não ofertar a cadeira de crenologia e a comissão de
323 crenologia fora desativada, o que impediu o desenvolvimento dessa ciência no país. Destacou que
324 esses fatos coincidiram com a vinda dos grandes laboratórios farmacêuticos para o Brasil, que não
325 queriam competir com a crenologia, que consiste em uma medicina de baixo custo, com efeitos
326 colaterais quase nulos e possibilitava o tratamento de grande diversidade de doenças. Explicou que, no
327 momento, enfrentava-se novamente a possibilidade de destruição efetiva do patrimônio das águas, em
328 virtude da compra de “Parques das Águas”, onde se concentram as fontes de águas minerais,
329 distribuídos pelas cidades de São Lourenço, Caxambu, Cambuquira e Lambari, por empresas privadas,
330 a exemplo da Nestlé e Coca-cola, com intuito de comercialização das águas. Citou, em especial, o caso
331 da Nestlé, que havia adquirido o Parque de Lourenço e construído uma fábrica, o que não poderia ter
332 sido feito por ser um local protegido, para a produção da água Pure Life. Com isso, a empresa estava
333 desmineralizando uma água que demorava centenas de anos para ser enriquecida de minerais,
334 contrariando a Constituição Brasileira que não permite desmineralização das águas. Acrescentou que a
335 Pure Life trazia em si a idéia de que os serviços de abastecimento de água dos países chamados de
336 terceiro mundo não eram confiáveis, assim, era necessário suprir essa lacuna com um produto
337 confiável – a Pure Life. Disse que, em audiência pública da Comissão de Defesa do Consumidor, o
338 Diretor do Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM), **João César Pinheiro**, negou que a
339 empresa Nestlé tenha sido autorizada a desmineralizar a água retirada do Poço Primavera, no circuito
340 das águas de São Lourenço. Mas, apesar disso, a empresa continuava a comercializar a água extraída
341 da região e estava comprando outros parques. Destacou que a maior parte das cidades do Circuito das
342 Águas, que tiveram o apogeu na década de 40, encontravam-se com a economia estagnada, não
343 havendo expectativas de crescimento, restando como única saída a venda das águas para empresas
344 engarrafadoras. Concluiu destacando que seria importante articulação, no sentido de garantir uma
345 gestão compartilhada das águas minerais, pelo DNPM/MME e Ministério da Saúde, de recuperar a
346 cadeira de crenologia nas Universidades Públicas e reativar a Comissão de Crenologia, no âmbito do
347 Ministério da Saúde. Concluídas as explanações, foi aberta palavra para manifestações do Plenário
348 sobre o tema. Conselheira **Zilda Arns Neumann** chamou a atenção para a gravidade da questão e, a
349 propósito, colocou a CNBB à disposição para contribuir no processo de preservação da águas.
350 Destacou, ainda, que o tema da Campanha da Fraternidade 2004, da CNBB, era “A Água é vida”. Além
351 disso, enfatizou a importância de se instituir uma comissão do CNS para estudar a utilização das águas
352 para fins terapêuticos e apresentar subsídios para definição de ações governamentais para sua
353 preservação. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** manifestou-se extremamente preocupado com o
354 desmonte do patrimônio das águas minerais do país. Frente ao exposto, disse que o tema deveria ser
355 discutido em todo o país, pois se referia ao direito inalienável à saúde e ao patrimônio público brasileiro.
356 Além disso, propôs que o CNS solicitasse ao Ministério da Saúde e aos órgãos competentes um

posicionamento em relação ao exposto para, a partir daí, definir ações incisivas para solucionar o problema. Conselheiro **Moisés Goldbaum** solicitou maiores esclarecimentos sobre a crenologia e os motivos da falta de investigação sobre essa ciência. Apoiou a proposta de instituir uma comissão para estudar a utilização terapêutica das águas e subsidiar definições, por parte do Conselho e do Ministério, sobre o tema. Conselheiro **Izaac Fernandes** perguntou se a água mineral do Circuito das Águas era utilizada para fabricação de bebidas como refrigerantes e cervejas. Conselheiro **Oséas Florêncio M. Filho** informou que a utilização das águas configurava-se em uma modalidade terapêutica extremamente importante no campo da saúde, em especial, para o tratamento de doenças respiratórias e doenças degenerativas. Nesse sentido, sugeriu que o CNS encaminhasse recomendação ao Ministério da Saúde para que fossem previstos, nas tabelas do SUS, procedimentos relativos à utilização terapêutica das águas. Além disso, colocou a Sociedade Brasileira de Fisioterapia à disposição para contribuir no debate sobre o tema. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** ratificou a proposta de se reativar a Comissão de Crenologia, no âmbito do Ministério da Saúde, garantindo-se a participação de outros órgãos do governo. Ademais, propôs que fosse instituída uma comissão, também no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de aprofundar os estudos sobre o valor terapêutico das águas, no prazo de seis meses, a fim de que os resultados pudessem servir de subsídio para definição de ações de valorização do uso das águas com fins terapêuticos. Concluiu destacando a necessidade de promover, com urgência, um amplo debate no CNS sobre a privatização das águas. Conselheiro **Crescêncio Antunes Neto** ressaltou que a problemática apresentada transcendia a questão específica do valor terapêutico das águas e apontava para a questão política da apropriação e exploração indevida, por empresas privadas, do manancial das águas brasileiras, causando sérios impactos ao meio ambiente. Desse modo, sugeriu que fosse encaminhada recomendação do CNS ao Presidente da República e ao Ministro da Saúde para a formação de uma comissão interinstitucional, com a finalidade de promover amplo debate sobre a questão e subsidiar a definição de ações governamentais para equacionar o problema. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** propôs que o CNS assumisse como prioridade o debate sobre a preservação das águas, provocando discussões nos Conselhos de Saúde e demais órgãos e fóruns afins. Endossou, ainda, a importância de pautar debate no CNS sobre a privatização das águas, que consistia em um tema de interesse da sociedade brasileira. Conselheiro **Sérgio Ricardo Barreto** ressaltou a importância de aprofundar os estudos sobre o valor terapêutico das águas e incentivar a utilização das águas minerais com fins terapêuticos. Além disso, perguntou se havia outro tipo de água que poderia ser disponibilizada à população com fim terapêutico. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** enfatizou que a questão deveria ser tratada a partir de duas vertentes: a utilização terapêutica das águas e a destruição do patrimônio brasileiro, por empresas multinacionais. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, endossou a sugestão de o CNS propor que o Ministério da Saúde assuma a responsabilidade de tratar das águas, com a instituição de uma comissão para discutir o tema. Chamou a atenção para o fato de as cidades do Circuito das Águas terem perdido a capacidade de desenvolvimento econômico sustentável e, nessa linha, sugeriu que houvesse articulação com o Conselho de Desenvolvimento Econômico Social, no sentido de definir projetos alternativos de desenvolvimento da região. Após essas intervenções, foi aberta palavra para considerações dos convidados. O representante da Internacional de Serviços Públicos, **Jocélio Henrique Drummond**, concordou que a exploração das águas era uma questão política, contudo, destacou que a abordagem da utilização terapêutica das águas foi a maneira encontrada para que o tema fosse discutido no Conselho. Enfatizou que havia sido criado um grande movimento de defesa das águas, a fim de evitar que aconteça em outras cidades o que aconteceu em São Lourenço, tendo em vista que outros parques estavam ameaçados de privatização. Disse que o primeiro passo para enfrentar a questão seria uma recomendação do CNS, solicitando a reativação da Comissão de Crenologia, no âmbito do Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério das Minas e Energia, com a finalidade de recuperar o conceito de valorização do uso da água com fins terapêuticos. Além disso, destacou que era bem-vinda a proposta de instituir comissão do CNS para definir medidas de revalorização da utilização terapêutica da água. Concluiu agradecendo a oportunidade de trazer o tema para discussão no âmbito do CNS. O líder do movimento pela recuperação do caráter terapêutico das águas, **Franklin Gonçalves**, explicou que o movimento pela recuperação do caráter terapêutico das águas estava firmando parceria com a CNBB, com vistas a fortalecer a luta pela preservação das águas. Informou que a igreja estava apoiando a causa de revalorização das medicinas das águas e que seria realizada reunião com representantes das igrejas suíças, sendo o primeiro passo para construção de uma frente ecumênica internacional pela água como direito humano. Explicou que a legislação brasileira classificava a água mineral como minério, logo, passível de ser explorada até o fim. Nessa linha, disse que seria necessária ação parlamentar, com a finalidade de a água mineral ser considerada como recurso hídrico especial, de forma a garantir a sua proteção legal. Lembrou que todas as instâncias hidrominerais eram consideradas locais de segurança, no

entanto, esse entendimento se perdeu nas últimas décadas. Enfatizou que seria importante tratar o problema das empresas engarrafadoras de águas no contexto da privatização das águas, levando-se em consideração a estratégia do poder econômico de desvalorizar os produtos naturais, com a finalidade de impor os produtos industrializados. Concluiu destacando que era falsa a idéia de que a água engarrafada era mais segura que a água dispensada na rede, tendo em vista que o controle da água para abastecimento público era bem mais fácil de ser feito. O Presidente da Sociedade Brasileira de Termalismo, Dr. **Marcos Huntura Filho**, respondeu questões pontuais, destacando, a princípio, que o processo de engarrafamento da água dependia da autorização da ANVISA. Explicou que o apogeu do termalismo deu-se na década de 20 e toda a cidade termal que desejasse se destacar, à época, necessitava de três patrimônios – um grande hotel, um grande cassino e um grande balneário. Contudo, entre 1945 e 1947, a proibição dos jogos de azar, pelo Decreto do General Dutra, fez com que grande parte da clientela, que fazia uso das águas termais, desaparecesse. Paralelamente a esse fato, em virtude da segunda guerra mundial, a indústria alopática teve um grande salto produtivo e as medicinas alternativas não tiveram a capacidade de investir, em especial, em pesquisas. Com isso, houve o enfraquecimento, inclusive, da crenologia. Ressaltou que, em 2003, foi realizada reunião, com a finalidade de rever os dispositivos legais para a reativação da Comissão de Crenologia, contudo, passado um ano, nada havia sido feito nesse sentido. Desse modo, reafirmou a importância de mobilização do CNS no sentido de reativar a Comissão, no âmbito do Ministério da Saúde. Informou, ainda, que a Pontífice Universidade Católica de Minas Gerais era a única Universidade Privada do país que possuía a cadeira de termalismo no curso de fisioterapia. Feitas essas considerações, Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** submeteu à apreciação do Colegiado a proposta de Resolução, apresentada pelos trabalhadores da área da saúde, que solicita à Presidência da República a reativação da Comissão Nacional de Crenologia, composta por integrantes dos Ministérios da Saúde, das Minas e Energia, das Cidades, do Conselho Nacional de Saúde e de outros órgãos afins; a criação de comissão ou grupo de trabalho do CNS para discutir medidas de revalorização do caráter terapêutico das águas minerais, com o prazo de seis meses para apresentar resultados; a definição de mecanismos de fiscalização, controle e preservação de água mineral no Brasil e de iniciativas que incentivem a realização de pesquisas sobre essa temática. **A proposta de Resolução foi aprovada.** Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto**, sem prejuízo da proposta supracitada, sugeriu que fosse encaminhada recomendação ao Ministro da Saúde e ao Presidente da República, solicitando a criação de comissão interministerial para aprofundar o estudo do assunto e balizar ações governamentais, visando à solução do problema. **Não havendo destaques, a proposta aprovada.** Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu que a Comissão do CNS fosse constituída por, no máximo, doze integrantes. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** propôs que fosse elaborada resolução do CNS, manifestando a posição contrária do Conselho à exploração das águas em São Lourenço, pela empresa Nestlé, a ser encaminhada ao Congresso Nacional e que fosse solicitado ao Ministério da Saúde posicionamento sobre essa questão. **A proposta também foi aprovada.** Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** sugeriu que a questão fosse levada à discussão dos Conselhos Estaduais de Saúde, principalmente para aqueles que possuem mananciais. **A proposta foi aprovada.** Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** concluiu a discussão do item, informando que seria elaborada Resolução do CNS, que consubstanciaria as propostas aprovadas e agradecendo a presença dos convidados. Definido esse ponto, foi encerrado o trabalho do período da manhã. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, retomou os trabalhos informando que, além das Moções apresentadas na 12ª Conferência já analisadas e votadas, na última reunião do CNS, a Secretaria-Executiva localizou outras 39 que precisavam ser apreciadas. Assim, seriam distribuídas aos Conselheiros as cópias das Moções e as folhas para votação, que deveriam ser entregues até o final da reunião. Feito esse informe, foi iniciada a discussão do item 3 da pauta. **ITEM 3 – TRANSIÇÃO DAS EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA** – Os Conselheiros **André Luiz de Oliveira** e **Izaac Fernandes** assumiram a coordenação dos trabalhos convidando para compor a mesa a Diretora do Departamento de Atenção Básica/MS, **Afra Suassuna**, e o Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge José Pereira Solla**. A Diretora do Departamento de Atenção Básica/MS, **Afra Suassuna**, solicitou espaço para apresentação de informe sobre o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e a situação do acompanhamento das condicionalidades em saúde do Programa Bolsa-Família. Com a anuência do Plenário, a representante da Coordenação de Alimentação e Nutrição/MS, **Marília Leão**, fez um breve relato sobre as ações de vigilância alimentar e nutricional, em 2003. Informou que o Ministério da Saúde desenvolveu e implementou o SISVAN, que consiste em uma estratégia de apoio à atenção à saúde e propõe o monitoramento do estado nutricional da população. Acrescentou que o SISVAN permitiria acompanhar as famílias atendidas por programas de transferência de renda do governo e, nessa perspectiva, haviam sido capacitados 1.600 municípios, até o momento. Explicou que seria editada Portaria para orientar a implementação desse Sistema e seria distribuído material educativo a estados e municípios, na perspectiva de valorizar a

avaliação do estado nutricional de crianças e adultos como indicador de saúde pública e de direcionamento de ações. A representante da CGPAN, Senhora **Catarina** chamou a atenção para a importância de uma atuação intersetorial no âmbito do Programa Bolsa-Família. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** ressaltou que a matéria apresentada era extremamente importante e precisava ser debatida com profundidade, assim, sugeriu que fosse reservado espaço na pauta da próxima reunião para discuti-la. O Plenário endossou o encaminhamento e agradeceu a presença das convidadas. Feito esse informe, fez uso da palavra o Secretário de Atenção à Saúde/MS, **Jorge José Pereira Solla**, que, antes de iniciar a apresentação da proposta de transição das equipes do PSF, destacou as seguintes ações do Ministério da Saúde em relação à Atenção Básica: promoção de mudanças no processo de habilitação dos municípios na Atenção Básica; aumento do valor do Piso da Atenção Básica, que passou a ser de, no mínimo, R\$ 13/hab/ano, a ser repassado aos municípios; e definição de que os municípios e o Distrito Federal são responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde para a organização e execução das ações de Atenção Básica. Feito esse informe, passou à explanação da proposta de transição das equipes do Programa Saúde da Família, que fazia parte de um conjunto de ações, visando à ampliação do acesso da população à Atenção Básica e à qualificação desse nível de atenção, a partir da estratégia do Programa Saúde da Família. Explicou que o objetivo da proposta era induzir um processo de mudança na organização do território a partir da adscrição de clientela, como transição para a estratégia saúde da família na rede básica de saúde já existente, que possui cerca de 50 mil unidades e um grande número de médicos das especialidades básicas, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, atendentes de consultório dentário e técnicos de higiene. Acrescentou que a proposta tinha como pressuposto a reorganização da Atenção Básica, com base nas diretrizes da estratégia saúde da família, a partir da constituição de uma equipe com incorporação do agente comunitário de saúde, da territorialização e adscrição de clientela, da construção de vínculo e responsabilização, com enfoque na família e na comunidade, garantindo-se a integralidade da atenção, da adoção da atenção domiciliar e de estratégias de educação permanente dos profissionais, da utilização de instrumentos de acompanhamento e avaliação, do desenvolvimento de ações intersetoriais e do estímulo à participação e ao Controle Social. Explicou que a equipe seria composta por um enfermeiro (40h/semana); um auxiliar ou técnico de enfermagem (40h/semana); quatro a seis agentes comunitários de saúde (40h/semana); dois médicos (20h/semana); um assistente de consultório dentário ou técnico de higiene bucal (40h/semana); e um dentista (40h/semana) ou dois dentistas (20h/semana cada). Ressaltou que a proposta não contemplava a contratação de novos médicos ou dentistas, além dos já existentes nas unidades de saúde. Disse que 2.400 a 4.500 pessoas seriam cobertas por equipe e o processo de implantação seria semelhante ao do Programa Saúde da Família. Explicou que o financiamento seria apenas para as equipes implantadas em unidades atualmente já cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), considerando que, para implantação de novas equipes devia-se priorizar a estratégia saúde da família. Detalhou o valor do incentivo, sendo: para equipe com dois médicos 20h - menor faixa de cobertura: R\$ 1.120,00/mês; e maior faixa de cobertura: R\$ 2.160,00/mês, acrescido do incentivo PACS de R\$ 260,00/agente comunitário de saúde/mês; para equipe com dois dentistas 20h - modalidade 1: R\$ 680,00/mês; modalidade 2: R\$ 880,00/mês; para equipe com um dentista 40h: modalidade 1: R\$ 1.700,00/mês; e modalidade 2: R\$ 2.200,00/mês. Ressaltou que, após um ano de adoção da proposta, o Ministério da Saúde avaliaria os resultados, podendo ou não prorrogá-la a partir daí. Enfatizou que a proposta possuía potencial de indução de mudança na rede básica de saúde, mas por outro lado, havia a preocupação com a possibilidade de cristalizar o estágio atual das unidades básicas de saúde. Além disso, afirmou que a proposta viabilizaria a definição de equipes multiprofissionais e a organização do território a partir da adscrição de clientela. Concluída a apresentação, fez uso da palavra a Diretora do Departamento de Atenção Básica/MS, **Afra Suassuna**, para informar que a proposta havia sido discutida internamente no Ministério da Saúde, em uma câmara técnica e, na sequência, na Comissão Intergestores Tripartite. Além disso, ressaltou que alguns municípios já trabalhavam na perspectiva de transição das equipes do PSF e a proposta buscava contribuir com as gestões municipais na organização da Atenção Básica. Concluída a apresentação, foi aberta palavra para manifestações do Plenário. Conselheiro **Rogério Carvalho Santos** explicou que, para o CONASEMS, a iniciativa era muito importante pois reforçava o processo de mudança do modelo técnico-assistencial, contribuindo para territorialização, adscrição de clientela e acolhimento. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** manifestou apoio à proposta, por entender que as equipes poderiam atender as demandas, em determinadas áreas e, a depender da situação, ser uma referência para os profissionais da ponta. Além disso, disse que seria importante garantir o funcionamento das unidades de saúde até às 22 horas, a fim de ampliar o acesso da população aos serviços. Conselheira **Maria Helena Baumgarten** destacou que, apesar de reconhecer a importância do PSF, considerava importante rever alguns pontos, a exemplo da questão da territorialização, que poderia dificultar o acesso aos serviços. Além disso,

537 registrou que seria necessário investir na capacitação e qualificação dos agentes comunitários de
538 saúde, a fim de otimizar os serviços prestados à população. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
539 destacou que, apesar dos resultados positivos, o PSF passava por uma profunda crise e precisava ser
540 avaliado. Acrescentou que, somente após essa avaliação, poderia ser discutida a proposta de transição
541 das equipes do Programa ou qualquer proposta que implicasse na sua ampliação. No seu ponto de
542 vista, o maior problema em relação ao PSF, a ser enfrentado, referia-se à diferença de remuneração
543 dos profissionais das equipes do Programa em relação aos profissionais da rede básica. Enfatizou,
544 ainda, que seria necessário debater o cerne dos problemas da saúde, a exemplo da força de trabalho.
545 Disse que, a princípio, os trabalhadores da saúde eram contra a proposta, principalmente porque
546 preconizava a redução da carga horária de profissionais. Conselheira **Zilda Arns Neumann** destacou
547 que a territorialidade contribuiria para aumentar o compromisso das equipes em atender a população
548 de determinado local. Disse, também, que seria importante definir mecanismos para avaliar os impactos
549 do Programa para, em seguida, discutir a sua ampliação. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas**
550 ressaltou que era necessário avaliar a proposta de transição das equipes do PSF sob o ponto de vista
551 sociológico, discutindo, em especial, o conceito de “família”. Além disso, ressaltou que o modelo de
552 atenção à saúde não poderia ser reduzido a um programa. Conselheira **Maria Natividade G. S. T.**
553 **Santana**, a princípio, solicitou que a SAS/MS apresentasse ao Pleno do Conselho as medidas tomadas
554 para o fortalecimento e a implementação do SUS, a fim de serem avaliadas. Disse que, segundo o
555 entendimento dos trabalhadores, a prioridade do Ministério da Saúde era a reestruturação e a
556 ampliação da rede básica, com ênfase no trabalho multidisciplinar. Enfatizou, ainda, que a abordagem
557 da saúde da família era uma das estratégias para a consolidação do SUS, entretanto, os princípios
558 gerais dessa estratégia não estavam sendo efetivamente alcançados. Por fim, solicitou esclarecimentos
559 sobre a situação do processo de implantação da NOB de Recursos Humanos. Conselheiro **Alexandre**
560 **de Oliveira Fraga** manifestou preocupação com a proposta apresentada, por considerar que dificultaria
561 o acesso aos serviços de Atenção Básica. Disse que seria importante promover amplo debate no CNS
562 sobre modelo de atenção à saúde, tendo em vista que o Ministério da Saúde estava trabalhando com a
563 lógica de substituir a Atenção Básica pela estratégia saúde da família. Conselheira **Solange Gonçalves**
564 **Belchior** manifestando-se como enfermeira sanitária da rede básica há vinte anos, afirmou que a
565 proposta apresentada era um equívoco, pois o Ministério da Saúde não ouviu a opinião da rede
566 tradicional da saúde. Além disso, ressaltou que, ao se limitar a Atenção Básica, que é a porta de
567 entrada do SUS, ao atendimento de área restrita, haveria a limitação do acesso aos serviços básicos.
568 Ponderou, ainda, sobre os riscos de se definir um modelo sanitário de saúde para todo o país,
569 desconsiderando as peculiaridades de cada região. Também enfatizou que seria necessário promover
570 amplo debate sobre a forma de contratação e de remuneração dos profissionais das equipes do PSF.
571 Conselheiro **Luiz Augusto Ângelo** denunciou que os agentes comunitários de saúde estavam
572 desempenhando funções diferentes daquelas definidas pelo Programa, sendo necessária iniciativa do
573 Ministério da Saúde para acabar com a situação. Conselheiro **Rogério Carvalho Santos** ressaltou que a
574 proposta induzia os gestores municipais a incorporar determinados atributos do modelo assistencial na
575 organização dos serviços da rede de atenção básica. Disse haver um contingente de profissional com
576 contrato de trabalho de 20 horas, desse modo, a iniciativa do Ministério da Saúde de propor incentivo
577 financeiro para induzir os municípios a organizarem um modelo de atenção, segundo os atributos
578 definidos, era positiva. Nessa linha, destacou que qualquer política que permita a inclusão dos recursos
579 humanos existentes era bem-vinda, pois contribuiria para mudança do modelo técnico-assistencial,
580 considerando a realidade existente. Em resposta às considerações do Plenário, o Secretário de
581 Atenção à Saúde, **Jorge José Pereira Solla**, explicou que estava em discussão uma proposta, que visa
582 induzir um processo de mudança das unidades básicas tradicionais, com base nas diretrizes da
583 estratégia saúde da família, de forma a viabilizar a qualificação da atenção. Enfatizou que não estava
584 em debate o Programa Saúde da Família, que, nas últimas Conferências de Saúde, inclusive na 12ª,
585 havia sido aprovado. Afirmou que a proposta do Ministério da Saúde partia do pressuposto de que a
586 Saúde da Família era a estratégia para a reorganização da rede básica. Colocou-se à disposição para
587 debater o Programa Saúde da Família, o impacto da sua expansão no que diz respeito à melhoria dos
588 principais indicadores de morbimortalidade da população brasileira. Disse que seria importante definir
589 propostas indutivas e, a propósito, informou que, até o final de 2004, todos os Estados estariam
590 habilitados em Gestão Plena. Por outro lado, afirmou que era um equívoco acreditar que essas
591 propostas conseguiriam compromissos plenos de determinados gestores com as metas definidas para
592 o setor saúde. Ressaltou que o Movimento Sindical de Saúde mobilizou o processo de discussão sobre
593 a necessidade de promover mudança nas unidades básicas de saúde e foi o primeiro a trazer à
594 discussão os pressupostos da proposta das equipes em transição para a Saúde da Família ao
595 reivindicar, dentre outras questões, nova proposta de abordagem para os profissionais concursados da
596 rede básica. Sobre o modelo de assistência, disse que a rede básica tinha que ter um nível de acesso

assegurado que permitisse a definição de horários alternativos, o atendimento de fluxo de pacientes que transitam entre o local de trabalho e moradia, a discussão sobre conceito de família, entre outros aspectos. Enfatizou que a estratégia saúde da família permitiu operacionalizar as diretrizes do SUS para a Atenção Básica. Concordou com a importância de aprofundar o debate sobre o modelo assistencial e, nessa linha, disse que seria necessário discutir a relação da Atenção Básica com os demais níveis de atenção e fazer um balanço do Programa Saúde da Família. Disse que a proposta não tinha por finalidade reduzir carga horária de profissional de saúde, mas sim, incorporar, em um modelo de transição, os profissionais com carga horária de 20 horas, concursados, que estavam na rede e não desejavam assumir 40 horas. Prosseguiu destacando que o problema da precarização do trabalho em saúde não havia surgido há dez anos, com o Programa Saúde da Família, estando presente no setor público e privado e em diversas áreas. Disse, contudo, que a precarização se tornava mais visível com a criação de 400 mil postos de trabalho em 10 anos. Concluiu afirmando que não havia a intenção de reduzir o modelo de atenção a um dos programas da saúde. A Diretora do Departamento de Atenção Básica/MS, **Afra Suassuna**, ratificou a importância de qualificar os agentes comunitários de saúde, a partir de um processo de formação e educação permanente. A propósito, informou que o Ministério da Saúde colocou em consulta pública uma proposta de qualificação básica dos agentes comunitários de saúde e alguns estados haviam iniciado esse processo, por meio do Pólo de Educação Permanente e das Escolas Técnicas. A propósito da remuneração dos agentes, disse que era repassado aos municípios o montante de R\$ 260,00 por agente comunitário, mas havia uma série de municípios que remuneravam esses profissionais de forma diferenciada. Destacou que a adesão de clientela tinha como perspectiva a criação de vínculo e humanização da atenção e não a restrição de acesso. Disse que a discussão sociológica do conceito de família era uma das preocupações do Departamento, sendo que a proposta era que as equipes fossem responsáveis não por famílias, mas sim, por território definido. Informou que, em breve, a SAS apresentaria novas propostas para o fortalecimento e a implementação do SUS. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** destacou que, em relação ao modelo de atenção, a 12ª Conferência Nacional de Saúde deliberou por ampliar a cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, com ênfase na Atenção Básica, priorizando a estratégia da saúde da família ou estratégias semelhantes que possibilitem a mudança de orientação do modelo de atenção de atendimento à demanda para o atendimento por responsabilidade sanitária, com adesão de clientela, reestruturação da equipe, garantindo-se supervisão, capacitação e educação permanente para todos os profissionais. Assim sendo, não havia sido deliberado na Conferência que a estratégia saúde da família seria o modelo de atenção básica. Destacou que a proposta de transição das equipes do PSF havia sido discutida com os gestores e não com o Controle Social, assim sendo, seria necessário pautar debate no CNS sobre o modelo de Atenção Básica do país, a fim de definir o que seria mais apropriado. Concluiu enfatizando que a flexibilização de carga horária poderia incentivar um movimento pela redução da carga horária, comprometendo a atenção integral à população. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** explicou que a proposta defendia a dedicação integral dos profissionais do SUS e avançava no sentido de considerar a realidade específica de trabalhadores com carga horária de 20 horas. Além disso, ressaltou que a proposta possibilitaria a disponibilização de profissionais na atenção primária que serviriam de retaguarda para os profissionais do Programa Saúde da Família. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** disse que seria importante aprofundar o debate sobre a proposta, com ênfase na ideia de substituir o modelo de atenção vigente pela estratégia de saúde da família. Além disso, ressaltou que era preciso investir na capacitação permanente dos profissionais da rede básica, a fim de mudar a lógica do modelo tradicional de atenção. Chamou a atenção, ainda, para a diferenciação salarial entre os profissionais da rede básica e os do Programa Saúde da Família, o que contrariava os princípios do SUS. Concluiu enfatizando que a discussão sobre o Sistema deveria ter sido feita, em primeiro lugar, no CNS para, em seguida, ser levada à discussão das demais instâncias. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** destacou que, frente às divergências concernentes ao modelo de atenção, não se sentia segura para votar a proposta na reunião. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** registrou, a princípio, que o Plenário do CNS defendia a estratégia saúde da família, entretanto, desejava aprofundar o debate sobre a proposta de equipes em transição para o PSF. Dito isso, apresentou as seguintes propostas de encaminhamento: que fosse apresentado ao Plenário, na próxima Reunião do CNS, um balanço do Programa Saúde da Família, a partir de dois eixos: funcionamento e ação das equipes e impacto epidemiológico; que houvesse debate sobre o Programa, a partir da lógica de reestruturação da rede básica, nos moldes do SUS, com equipes interdisciplinares; e que houvesse debate sobre a Política de Recursos Humanos, com a participação da Mesa de Negociação do SUS, levando-se em consideração a NOB de RH e o Plano de Cargos de Carreiras e Salários. O Secretário-Executivo do CNS, **Gastão Wagner**, explicou que era difícil definir uma proposta capaz de resolver todos os problemas da rede, assim sendo, eram definidas ações intermediárias para alcançar a qualificação dos trabalhadores, a

humanização, entre outros aspectos. Ressaltou que, caso o CNS se posicionasse no sentido de não aprovar nenhuma proposta até que se resolvessem todos os problemas relativos a Recursos Humanos, a efetividade das ações seria comprometida. Contudo, disse que havia consenso sobre a necessidade de aprofundar o debate sobre a proposta. Explicou que 30% da cobertura da Atenção Básica era feita pela equipe de saúde da família, a partir do novo modelo (equipe multidisciplinar, tempo integral, adscrição de clientela, definição de responsabilidade sanitária, entre outros), o que representava um avanço, apesar dos problemas relativos à precarização, falta de formação de pessoal, entre outros. Por outro lado, 38% da cobertura (vacinação, pré-natal, entre outros) era feita por postos e unidades básicas de saúde no modelo tradicional, sem vinculação de clientela, pronto-atendimento e equipe interdisciplinar. Nessa linha, afirmou que o objetivo da proposta, a exemplo do que havia sido feito em Belo Horizonte e Campinas, era reorganizar a rede básica, a partir dos recursos humanos existentes, considerando a estratégia Saúde da Família (constituição de equipe interdisciplinar, com incorporação do agente comunitário de saúde; territorialização e adscrição de clientela; construção de vínculo e responsabilização; garantia da integralidade da atenção; educação permanente dos profissionais, entre outros). Enfatizou que as equipes em transição seriam constituídas a partir dos profissionais da rede, não sendo permitida a realização de concursos para a contratação de novos profissionais. Acrescentou, ainda, que o valor do incentivo a ser repassado a essas equipes era de 40% do incentivo pago atualmente por equipe de Saúde da Família, correspondente à respectiva faixa de cobertura populacional do município. A partir das considerações feitas, o Plenário aprovou a seguinte proposta de encaminhamento: **adiar a votação da proposta de equipes em transição para a Saúde da Família para a próxima Reunião Ordinária do CNS. Na oportunidade, deverá ser apresentado um balanço do Programa Saúde da Família, a partir dos eixos de funcionamento e ação das equipes e do impacto epidemiológico; e promovido debate sobre o atual modelo de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família, a partir da lógica de reestruturação da rede básica, nos moldes do SUS, e a Política de Recursos Humanos, com a participação de representantes da Mesa de Negociação do SUS, levando-se em consideração a NOB de RH e o Plano de Cargos de Carreiras e Salários, na perspectiva de subsidiar o posicionamento do Plenário sobre a proposta.** A Diretora do Departamento de Atenção Básica/MS, **Afra Suassuna**, agradeceu a oportunidade e comprometeu-se a apresentar os dados solicitados pelos Conselheiros na próxima reunião do CNS. Definido esse ponto, foi iniciado debate sobre o item 4 da pauta. **ITEM 4 – AVALIAÇÃO, CONTROLE E MONITORAMENTO DOS RECURSOS DO SUS** – Os Conselheiros **Alexandre de Oliveira Fraga** e **Maria Natividade G. S. T. Santana** assumiram a coordenação dos trabalhos, convidando o Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Gastão Wagner**, para apresentação da proposta de monitoramento, avaliação e controle das ações e dos recursos financeiros transferidos a estados, municípios e instituições no âmbito do SUS. O Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Gastão Wagner**, explicou, a princípio, que a proposta de monitoramento, avaliação e controle das ações e dos recursos financeiros transferidos a estados, municípios e instituições no âmbito do SUS visa instaurar, tornando eficiente e eficaz, o controle sistêmico das ações e dos recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde, no âmbito do SUS, sob uma nova ótica do monitoramento e avaliação. Destacou que a proposta representava: a agregação, integração e coordenação das ações ministeriais (acompanhamento, fiscalização, sensoramento, avaliação, auditoria, inspeção, estudo e consultoria), até então, desenvolvidas de forma fragmentada; a inovação de técnicas, procedimentos e atitudes decorrente da revisão e harmonização de conceitos; a implementação de nova prática de controle sob o enfoque do monitoramento (controle concomitante) em suplementação ou substituição ao controle subsequente; e a reafirmação dos objetivos, princípios, pressupostos e diretrizes norteadores do SUS. Explicou que, no início do atual governo, foi iniciado debate sobre a demanda por maior controle (recursos Fundo a Fundo), a partir da realização de reuniões temáticas, organizadas pela Secretaria- Executiva do Ministério da Saúde, que contaram com a participação do corpo técnico e de dirigentes das diversas áreas envolvidas e da Secretaria Federal de Controle da Controladoria Geral da União (SFC/CGU). Acrescentou que, concomitantemente a esse processo, foi feita coleta de resultados de estudos sobre monitoramento, avaliação e controle, consulta a acadêmicos, juristas, doutrinadores e técnicos em geral atuantes nas áreas de saúde e interligadas. Desse esforço, surgiu a idéia de transformar as intenções em uma iniciativa governamental, com a elaboração de um Documento-base. A partir dessa etapa, foi iniciada a discussão dos oito eixos e a definição de dez produtos subsidiários do Documento, com enquadramento dos produtos em cronogramas, identificando etapas e fases, em cumprimento e a cumprir, estabelecimento de responsabilidades e prazos para execução. Feito esse histórico, apresentou os oito eixos de discussão abordados no Documento-Base: **1) definição de monitoramento em integração com avaliação e como imperativo do efetivo controle; 2) necessidade de implantação de um sistema integrado de monitoramento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde com foco nos recursos financeiros envolvidos; 3) necessidade de estudo dos fluxos de informações e de**

relatórios, competências e papéis dos agentes envolvidos, inclusive na cobrança de providências e diligências; **4)** necessidade de, nesse contexto, repensar o papel do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), à luz do estabelecimento da ótica do controle que produz informações para melhoria da atuação da Auditoria, principalmente sobre os resultados do monitoramento e indicadores da avaliação; **5)** a necessidade de discussão sobre o fenômeno da fragmentação; **6)** necessidade de concluir o processo de revisão e aperfeiçoamento das normas legais infraconstitucionais vigentes no SUS, com o intuito de tornar mais harmônico o ambiente legal onde se situa o SUS; **7)** necessidade de consolidar o modelo de regulação para o SUS, a ser aplicado em todo o território nacional, no contexto da rede hierarquizada, do “sistema de alocação de recursos” e do sistema de monitoramento, controle e avaliação, com o enfoque no imperativo da constante melhoria de qualidade do atendimento prestado e da melhoria dos indicadores de desempenho; e **8)** importância de debater a demanda por capacitação de recursos humanos para a nova concepção sistêmica do controle e avaliação nas três instâncias do SUS. Ressaltou que, discutidos os temas diretamente relacionados à implementação da proposta do sistema de monitoramento, controle e avaliação, era necessário implementar os seguintes produtos: **1)** desenvolvimento e implementação do Sistema de Monitoramento, Controle e Avaliação, a ser utilizado pelos componentes federal, estadual e municipal do SUS; **2)** elaboração da sistemática de planejamento e execução da gestão financeira do SUS/estruturação dos Fundos de Saúde; **3)** revisão e estudo com vistas à consolidação dos sistemas de informação em saúde; **4)** apoio integrado à gestão descentralizada e participativa em coordenação com o sistema de monitoramento, controle e avaliação; **5)** definição, implementação e integração das ações de monitoramento de responsabilidade da esfera federal, no âmbito do SUS e revisão de indicadores de desempenho ou resultado; **6)** reorganização do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) em articulação com o sistema de controle e avaliação; **7)** consolidação, revisão e atualização da Legislação Aplicável ao SUS; **8)** revisão dos instrumentos de gestão: agenda, plano de saúde e relatórios de Gestão – Portaria nº 548/01; **9)** modelo de contratualização e regulação no âmbito do SUS; e **10)** apoio à capacitação, à distância e presencial, de gestores, agentes públicos e conselheiros de saúde dos sistemas estaduais e municipais em gestão financeira do SUS, monitoramento, avaliação e controle. Concluída a apresentação, foi aberta palavra para manifestações dos Conselheiros. Conselheiro **Clóvis A. Bouffeur** fez uso da palavra para cumprimentar o Ministério da Saúde pela proposta que, na sua visão, era ousada e inovadora. Além disso, perguntou como se daria a auditoria no âmbito do Ministério da Saúde e de seus órgãos. Conselheira **Neimy Batista da Silva** elogiou a iniciativa, por entender que possibilitaria a efetivação, em âmbito nacional, de uma proposta de avaliação, controle e regulação. Ressaltou a importância de se garantir a articulação permanente entre gestores e as instâncias de Controle Social e a capacitação em gestão financeira do SUS, monitoramento, avaliação e controle, também, para os Conselheiros Nacionais de Saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que o GT do CNS, constituído no final de 2003 para debater a normatização do SUS, realizou várias reuniões nas quais foram avaliados os pressupostos da proposta, dentre eles, a revisão da Legislação Aplicável ao SUS, a revisão dos instrumentos de gestão: agenda, plano de saúde e relatórios de gestão, o modelo de contratualização e regulação no âmbito do SUS e a capacitação. Nessa linha, disse que o GT entendia ser importante incluir o Controle Social no fluxo de validação, o que facilitaria a fiscalização da gestão. Conselheiro **Moisés Goldbaum** manifestou apoio à proposta, por entender que expressava a mudança da lógica financeira e punitiva para a lógica de monitoramento e avaliação dos resultados das ações e da prevenção. Defendeu a aprovação dos pressupostos da proposta, pelo CNS, considerando que defendia a atualização do processo de monitoramento frente à nova realidade do SUS. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** destacou como um dos pontos positivos da proposta a mudança da lógica de avaliação do processo para a de avaliação da efetividade das ações. Chamou a atenção, ainda, para a importância da articulação com o Ministério Público e Tribunais de Contas na definição da proposta. Ponderou sobre a possibilidade de incluir na categoria da análise de gestão mecanismos para avaliação da gestão do trabalho do SUS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** saudou o Ministério da Saúde pela iniciativa, destacando o seu caráter revolucionário no que diz respeito à lógica atual de gestão. Nessa linha, disse ser necessário o envolvimento de estados e municípios, na perspectiva de garantir a sua efetiva implementação. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** elogiou a iniciativa do Ministério da Saúde e destacou que seria necessário investir na capacitação dos gestores e auditores, a fim de garantir a efetividade da proposta. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** destacou que a proposta era inovadora e revolucionária, pois revertia a lógica mercantil e financeira para a ótica dos benefícios das ações de saúde para a população e contribuiria para avançar na consolidação do SUS. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** reafirmou a importância de se incluir o Controle Social no fluxo de validação, tendo em vista que auxiliaria os Conselhos de Saúde na avaliação das prestações de contas da gestão. Sugeriu, ainda, que a proposta fosse discutida no âmbito dos Tribunais de Contas e Ministérios Públicos Estaduais, tendo em vista as interpretações equivocadas desses órgãos em

777 relação a EC nº 29. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** manifestou satisfação em tomar
778 conhecimento de uma proposta que, dentre outros resultados, mudaria o Índice de Desenvolvimento
779 Humano (IDH) do país. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** cumprimentou o Ministério da Saúde pela
780 iniciativa, considerando a sua efetividade, o que possibilitava o acompanhamento e avaliação do
781 processo, produto e resultado. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**, primeiramente, parabenizou o
782 Secretário-Executivo do Ministério da Saúde pelo prêmio de gestão/administração em saúde pública
783 que recebera da OPAS. Sobre a proposta, solicitou que os formadores dos auditores levassem em
784 conta a importância do Controle Social no processo de auditoria e que os dados sobre a auditoria
785 fossem enviados à apreciação da COFIN/CNS. Em resposta às intervenções do Colegiado, o
786 Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Gastão Wagner**, agradeceu, a princípio, as menções de
787 apoio e estímulo à proposta e informou que foi criado um comitê de gestão do Ministério da Saúde para
788 apoiar a implementação da proposta. Em relação ao método de construção do Projeto, disse que a
789 maior parte dos produtos seria submetida à apreciação do Plenário, no entanto, outras ações que eram
790 consenso, a exemplo da unificação do sistema de informação, seriam implementadas de imediato.
791 Ressaltou que compatibilizar as ações de supervisão e de apoio com o Controle Social era um desafio
792 permanente, sendo necessária a contribuição do CNS para superá-la. A propósito da capacitação,
793 disse que estava previsto um módulo de formação de auditores a partir de uma perspectiva construtiva.
794 Em relação ao questionamento concernente à auditoria no Ministério da Saúde, o Diretor do
795 DENASUS, Senhor **Paul** destacou que, apesar da competência de fazer auditorias nos órgãos de
796 governo ser da Controladoria Geral da União, o Ministro da Saúde solicitou ao DENASUS a realização
797 de auditorias em todos os hospitais federais do Rio de Janeiro, em virtude de indícios de fraudes.
798 Ressaltou que, a partir dessas auditorias, identificou-se grave situação de fraudes e a existência de
799 crime organizado, tendo sido afastados os servidores envolvidos. Além disso, destacou que o Ministro
800 da Saúde solicitou ao DENASUS a realização de auditoria na compra de hemoderivados, insulina,
801 DST/AIDS e na coordenação de logística do MS. Professor **Elias Antônio Jorge** informou que foram
802 criados dois módulos para tratar de medicamentos excepcionais de alto custo e medicamentos da
803 Farmácia Básica e os dados relativos aos valores (mínimo, médio, ponderado e máximo) ficariam à
804 disposição do Controle Social e do gestor. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** propôs que
805 houvesse reunião entre o grupo do Ministério da Saúde responsável pela elaboração da proposta e o
806 GT de Normatização do CNS para aprofundar o debate sobre o projeto. O Diretor do DENASUS,
807 Senhor **Paulo** colocou-se à disposição para fornecer ao CNS os dados do painel informatizado de
808 acompanhamento das atividades do grupo responsável pela proposta, na perspectiva de o Conselho
809 acompanhar o andamento dos trabalhos. **Feitas essas considerações, foi registrado o apoio do CNS à**
810 **proposta e acordado que o GT de Normatização do CNS acompanhará a elaboração do projeto, na**
811 **perspectiva de informar o Conselho sobre o seu andamento. ITEM 5 – PLENÁRIA NACIONAL DE**
812 **CONSELHOS DE SAÚDE** – Os Conselheiros **Carlos Alberto Duarte** e **Rosane Maria Nascimento da**
813 **Silva** assumiram a coordenação dos trabalhos, informando que haviam sido distribuídos os seguintes
814 documentos para subsidiar o debate: proposta preliminar de programação da XII Plenária Nacional dos
815 Conselhos de Saúde, a realizar-se nos dias 24, 25 e 26 de novembro de 2004; proposta de Regimento
816 Interno para a Plenária; e documento sobre a trajetória histórica das Plenárias de Conselhos. Antes de
817 iniciar o debate sobre a programação da XII Plenária, a integrante da Coordenação da Plenária
818 Nacional de Conselhos de Saúde, **Wanderli Machado**, solicitou autorização do Plenário para apresentar
819 documento da Coordenação da Plenária, na perspectiva de contribuir com a discussão sobre a
820 estrutura e funcionamento da Plenária Nacional de Conselhos. O Plenário abriu espaço para
821 apresentação do documento e a integrante da Coordenação da Plenária iniciou sua fala, agradecendo o
822 espaço concedido. Ressaltou que seria importante debater o papel da Plenária a partir do seu processo
823 histórico e das perspectivas frente à atual composição e dinamicidade do CNS e do Ministério da
824 Saúde. Lembrou que a Plenária era uma instância de articulação entre as diferentes instâncias do SUS
825 e propiciava a renovação de forças e motivações para o aprofundamento da concepção e articulação
826 do efetivo exercício do Controle Social. Acrescentou que, respeitadas as competências dos Conselhos
827 de Saúde (Nacional, Estaduais e Municipais), a Plenária possui caráter propositivo e deliberativo no seu
828 nível de competência. Destacou que o temário da Plenária tem um eixo fixo, que é o acompanhamento
829 das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, sobretudo, no que diz respeito ao Controle
830 Social e um eixo de conjuntura, em caráter nacional, o que garante sua dinâmica e capacidade de
831 mobilização. Disse que a participação nas Plenárias vinha crescendo ao longo dos anos e o debate
832 atual referia-se à estrutura da Coordenação da Plenária de Conselho, com ênfase no fomento à criação
833 das Plenárias Estaduais. Propôs que o Plenário promovesse discussão sobre o papel e estrutura da
834 Plenária, a partir da atual conjuntura, visando definição de posicionamento do Plenário sobre o
835 processo eleitoral, a ser discutido na XII Plenária Nacional de Conselhos, e, na sequência, analisasse
836 as propostas de programação e de Regimento Interno da XII Plenária. **O Plenário endossou o**

837 **encaminhamento e foi aberto debate sobre o papel e a estrutura da Plenária.** Conselheira **Gilca Ribeiro**
838 **S. Diniz** disse que o momento era oportuno para repensar o papel do CNS e da Plenária Nacional de
839 Conselhos, a fim de se evitar a possibilidade de fragmentação do Controle Social, o que prejudicava o
840 processo de articulação com as esferas estaduais e municipais. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** ratificou
841 a importância de redefinir o papel da Plenária, a fim de que a mesma pudesse contribuir para o efetivo
842 exercício do Controle Social nos municípios. Nessa linha, propôs que fossem definidas organizações da
843 Plenária de Conselhos nos estados, que pudessem alcançar os municípios, a partir de uma agenda de
844 trabalho, que teria como principal eixo o fortalecimento do Controle Social. Conselheiro **Alexandre de**
845 **Oliveira Fraga** ressaltou que, nos seus dez anos de existência, a Plenária mostrou-se um espaço
846 fundamental para o avanço e consolidação do Controle Social no país. Disse que seria importante
847 incentivar a criação de coordenações estaduais da Plenária, contemplando as regionais de saúde. Em
848 relação à Coordenação Nacional da Plenária, defendeu que fosse composta por um representante de
849 cada Estado da Federação, por entender que facilitaria a definição de uma rede de articulação do
850 Controle Social. Por fim, enfatizou a necessidade de o CNS aprofundar o debate sobre o processo de
851 articulação entre o Controle Social e a Plenária. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** disse que seria
852 importante refletir sobre a interface da Plenária com o CNS, com vistas à definição de atribuições,
853 responsabilidades e forma de organização, a fim de se alcançar uma rede integrada que, efetivamente,
854 funcionasse. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que a eleição da nova
855 coordenação da Plenária havia sido adiada, o que fragilizou esse espaço de mobilização. Registrou,
856 ainda, que a falta de indicação de Conselheiro para participar da Coordenação contribuiu para dificultar
857 a articulação entre o CNS e a Plenária. Chamou a atenção para a importância da Plenária na defesa do
858 SUS e no fortalecimento do Controle Social e, nessa linha, destacou os resultados positivos da Plenária
859 Extraordinária, realizada nos dias 12 e 13 de maio de 2004. Em face disso, destacou que a participação
860 do CNS na XII Plenária Nacional de Conselhos era de extrema importância, na perspectiva de definir,
861 entre outras questões, a agenda da Plenária para 2005 e avançar no debate sobre a educação
862 permanente de conselheiros de saúde. Endossou, ainda, a proposta de fortalecer o processo de
863 organização da Plenária nos estados, tendo em vista as dificuldades enfrentadas pelos Conselhos
864 Estaduais em acompanhar a gestão do SUS. A integrante da Coordenação da Plenária Nacional de
865 Conselhos de Saúde, **Wanderli Machado**, ratificou a importância de definir agenda de trabalho para a
866 Plenária e ampliar a relação da Coordenação com o Conselho, recompondo a participação dos
867 Conselheiros do CNS na Coordenação. Acrescentou que a Coordenação possuía uma pauta de debate
868 e apontava questões a serem debatidas no CNS, a exemplo do processo de educação permanente dos
869 conselheiros de saúde e dos recursos humanos da saúde e a falta de interlocução com os Conselhos
870 Estaduais de Saúde nesse processo, a relação entre a Gestão Participativa e o CNS e a relação entre
871 público e privado. Ressaltou, ainda, que seria necessário definir a composição da Coordenação da
872 Plenária, bem como o responsável por financiar as despesas dos seus integrantes no desempenho de
873 suas funções. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** lembrou que a Plenária foi construída como um
874 movimento livre, contemplando todos os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais cujas entidades
875 ali representadas seriam as responsáveis por fomentá-la. Desse modo, entendia que a tentativa de
876 institucionalizar esse espaço, a partir da formalização de coordenação e definição de norma e
877 regulamento, era um equívoco e não poderia acontecer. Registrou que o CNS não priorizou a
878 articulação com a Plenária de Conselhos, o que contribuiu para que esta se constituísse como um
879 espaço diferenciado. Nessa linha, disse que os Conselheiros Nacionais de Saúde teriam de atuar na
880 sua base, na perspectiva de fortalecer a comunicação com os Conselhos Estaduais de Saúde. Concluiu
881 destacando a importância de o CNS promover debate sobre as atribuições da Secretaria de Gestão
882 Participativa e sua relação com o CNS. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** ressaltou que a principal
883 dificuldade em termos de organização da Plenária referia-se à falta de articulação com os Conselhos de
884 Saúde na definição de caminhos para efetivar o Controle Social. Propôs que fossem definidas
885 coordenações estaduais da Plenária, que seriam responsáveis por discutir as demandas e as
886 prioridades estaduais em relação ao SUS. Além disso, sugeriu que a Plenária formalizasse os itens a
887 serem discutidos pelo CNS, encaminhando-os à Comissão de Coordenação Geral para serem
888 pautados. Conselheira **Neimy Batista da Silva** destacou a importância das Plenárias como espaços que
889 possibilitavam a integração, a articulação e o fortalecimento do Controle Social, todavia, manifestou
890 preocupação com a tendência à institucionalização dos espaços de Controle Social. Disse que seria
891 importante observar a dinamicidade histórica das Plenárias e a atual conjuntura, a fim de definir uma
892 proposta de organização capaz de contemplar as demandas históricas, culturais e políticas.
893 Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** ressaltou que o CNS atuava como indutor da Plenária, que era
894 um movimento que continuaria existindo, independente do Conselho. Destacou que seria necessário
895 definir com clareza as atribuições da Plenária Nacional de Conselheiros e de sua Coordenação
896 Nacional, a fim de se evitar concorrência com o CNS. Além disso, defendeu que o Conselho

897 continuasse financiando as despesas dos representantes da Coordenação da Plenária no desempenho
898 de suas funções, a fim de incentivar a continuidade desse movimento. Reafirmou, ainda, a proposta de
899 a Coordenação Nacional da Plenária ser composta por um representante de cada Estado da Federação
900 (26 Estados e Distrito Federal), que deveriam ser eleitos nos seus respectivos estados. Também
901 destacou que a Coordenação da Plenária deveria ser responsável pela preparação das Plenárias
902 Nacionais, bem como pela discussão política das demandas nacionais e estaduais. A integrante da
903 Secretaria-Executiva do CNS, **Adalgiza Balsemão**, lembrou que na XII Plenária Nacional de Conselhos,
904 a realizar-se de 24 a 26 de novembro de 2004, seria eleita a nova Coordenação Nacional da Plenária e,
905 assim sendo, seria necessária definição de proposta do CNS a ser apresentada na oportunidade.
906 Ressaltou que havia consenso sobre o fato de a Plenária não ser um espaço institucional, entretanto,
907 havia polêmica sobre o responsável pelas despesas dos integrantes de sua Coordenação. Além disso,
908 reafirmou a importância da participação do CNS nas Plenárias Nacionais de Conselhos, bem como na
909 sua Coordenação. Conselheira **Maria Helena Baumgarten** destacou que a Plenária de Conselhos era
910 um espaço essencial para o Controle Social, pois contribuía para a superação das dificuldades
911 concernentes à falta de articulação do CNS com as demais instâncias e espaços do Controle Social e
912 auxiliava na garantia de cumprimento dos dispositivos legais relativos a saúde. Conselheira **Solange**
913 **Gonçalves Belchior** destacou que, a partir das manifestações dos Conselheiros, havia consenso sobre
914 a preocupação dos Conselheiros com os rumos da Plenária Nacional de Conselhos; a necessidade de
915 rever o seu papel, pois o formato atual não atendia; e a necessidade de promover debate sobre a
916 Secretaria de Gestão Participativa. Ressaltou que seria necessário definir a composição da
917 Coordenação da Plenária, garantindo-se a participação do CNS e os responsáveis por custear as
918 despesas dos coordenadores. A integrante da Coordenação da Plenária, **Wanderli Machado**, destacou
919 que a grande maioria dos estados não financiava as despesas dos Coordenadores da Plenária no
920 desempenho de suas funções, sendo necessária definição do CNS nesse sentido. A Secretária-
921 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que a XI Plenária definiu que a Coordenação
922 Nacional da Plenária seria composta por um representante de cada estado. Nessa linha, disse que a XII
923 Plenária teria de ordenar o processo eleitoral e, caso o Plenário decidisse, os Estados seriam os
924 responsáveis por eleger os representantes para participar da Coordenação. Ressaltou que o CNS, até
925 o momento, era o responsável pelo financiamento das reuniões da Coordenação da Plenária. Na sua
926 visão, as reuniões da Coordenação deveriam ser quadrimestrais e as despesas divididas com os
927 estados. Destacou, ainda, que a proposta era definir, futuramente, uma Secretaria-Executiva da
928 Plenária. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** destacou que o Plenário teria de definir se o CNS iria
929 financiar as despesas dos integrantes da Coordenação da Plenária concernentes ao acompanhamento
930 das Plenárias Estaduais e Regionais. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** ressaltou que os
931 Conselheiros reafirmaram a importância da Plenária como um importante canal de consolidação do
932 Controle Social, sendo necessário resgatar o seu papel. Nessa linha, apresentou um consolidado dos
933 encaminhamentos propostos pelo Plenário: 1) que a Coordenação Nacional de Plenária de Conselhos
934 de Saúde seja composta por representação do Conselho Nacional de Saúde e por uma representação
935 por Estado e uma do Distrito Federal; 2) que as reuniões da Coordenação da Plenária sejam
936 quadrimestrais, sendo o financiamento negociado com outras instâncias, a exemplo do CONASEMS; e
937 3) que o CNS promova o debate sobre o papel da Secretaria de Gestão Participativa. Conselheiro
938 **Clóvis A. Bouffleur** lembrou que seria necessário definir os critérios para a eleição dos coordenadores
939 estaduais da Plenária. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** disse que, em sendo aprovadas as
940 propostas supracitadas, seria necessário alterar a Deliberação do CNS nº 004/01, que dispõe sobre as
941 diretrizes para o funcionamento da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Conselheiro **Carlos**
942 **Alberto Duarte** solicitou maiores esclarecimentos sobre a proposta de se constituir uma Comissão-
943 Executiva para a Plenária Nacional de Conselhos. Em resposta, a Secretária-Executiva do CNS,
944 explicou que a proposta era instituir, futuramente, uma Comissão-Executiva para a Plenária Nacional de
945 Conselhos. Feitas essas considerações, Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** colocou em
946 votação a seguinte proposta de composição da Coordenação Nacional de Plenária de Conselhos de
947 Saúde: **27 integrantes, sendo um por Estado e um do Distrito Federal. A proposta foi aprovada com**
948 **uma abstenção. Além disso, foi acordado que os Conselheiros Alexandre de Oliveira Fraga; Rosane**
949 **Maria Nascimento da Silva; e Carlos Alberto Duarte se reuniram com o propósito de analisar as**
950 **propostas de programação e de Regimento Interno da XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e**
951 **de elaborar proposta do CNS, na perspectiva de subsidiar o processo eleitoral da nova Coordenação da**
952 **Plenária, a partir das contribuições dos Conselheiros sobre o tema.** Definido esse ponto, foram
953 encerrados os trabalhos do período da manhã. No período da tarde, o Conselheiro **Carlos Alberto**
954 **Duarte** submeteu à apreciação dos Conselheiros a seguinte proposta de Deliberação, a ser
955 apresentada na XII Plenária Nacional de Conselhos, para subsidiar o debate sobre o processo eleitoral
956 da nova Coordenação: Considerando: **a) a Deliberação do CNS nº 004/01, que estabeleceu as**

957 diretrizes para a Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde; **b)** a necessidade de avançar no processo
958 organizativo e de articulação entre Conselhos de Saúde nas três esferas do Controle Social; **c)** o
959 Conselho Nacional de Saúde enquanto impulsionador deste processo de articulação; e **d)** ainda a
960 necessidade de estabelecer um fluxo de informações e discussões entre o Conselho Nacional de
961 Saúde e os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais, o CNS delibera: **1)** que a Coordenação
962 Nacional de Plenária de Conselhos de Saúde seja composta por uma representação por Estado e o
963 Distrito Federal, alterando o item 3 da Deliberação CNS nº 004/01; **2)** que estes coordenadores
964 representantes dos Estados e Distrito Federal sejam eleitos em Plenárias Estaduais; **3)** que as
965 Plenárias Estaduais construam coordenações estaduais com objetivo de promover o processo de
966 articulação entre os conselhos de saúde do estado; e **4)** que os novos coordenadores de plenária sejam
967 eleitos, 1 titular e 1 suplente, em um prazo de 6 meses, em plenárias estaduais cuja organização se
968 dará a partir dos Conselhos Estaduais e/ou coordenações estaduais existentes. Feita a apresentação
969 da proposta, foi aberta palavra para as contribuições do Colegiado. Conselheira **Solange Gonçalves**
970 **Belchior** apresentou as seguintes contribuições à proposta: **a)** explicitar no primeiro considerando da
971 proposta a Deliberação do CNS nº 004/01, que estabeleceu as diretrizes para a Plenária Nacional dos
972 Conselhos de Saúde; **b)** substituir o termo “impulsionador” por “fomentador”; e **c)** explicitar no
973 documento que o CNS faria parte da Coordenação da Plenária. Conselheiro **Moisés Goldbaum** sugeriu
974 que a expressão “nas três esferas do Controle Social” fosse substituída por “nas três esferas – federal,
975 estadual e municipal”. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** explicou que a periodicidade das reuniões da
976 Coordenação da Plenária seria definida posteriormente. Falou, ainda, sobre o período de transição (de
977 novembro de 2004 a abril de 2005) para a eleição da nova Coordenação, destacando que seria
978 necessária decisão do CNS nesse sentido. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** apresentou a proposta
979 de os representantes dos estados, eleitos em Plenária Estadual preparatória para a XII Plenária
980 Nacional de Conselhos de Saúde, poderem participar da Coordenação Nacional da Plenária de
981 Conselhos de Saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, destacou que vários
982 estados estavam realizando Plenárias Regionais e elegendo os seus representantes. Nessa linha,
983 sugeriu que os estados que não elegeram seus representantes pudessem indicar, na XII Plenária,
984 coordenadores provisórios com mandato de, no máximo, seis meses e, nesse período, fosse realizada
985 a eleição do representante estadual para participar da Coordenação. A integrante da Coordenação da
986 Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, **Wanderli Machado**, disse que seria necessário solicitar aos
987 estados que elegeram os seus representantes em Plenária Estadual preparatória para a XII Plenária
988 Nacional de Conselhos de Saúde, a ata da eleição, a fim de evitar polêmicas. Conselheira **Solange**
989 **Gonçalves Belchior** acrescentou que, além da ata da eleição, seria necessário encaminhar a lista de
990 presença dos eleitores que participaram do processo de escolha dos representantes. Conselheiro
991 **Clóvis A. Bouffleur** perguntou como seria feita a escolha do coordenador provisório dos estados que não
992 participassem da Plenária. Em resposta, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** destacou que, na
993 ausência de representação do estado, um Conselheiro Nacional deveria assumir a coordenação
994 provisoriamente, até que fosse realizada a eleição do representante. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**
995 ponderou se a proposta apresentada deveria ser submetida à apreciação da XII Plenária como
996 Deliberação do CNS ou como uma proposta do CNS para contribuir com o processo eleitoral. A
997 Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que a proposta fosse apresentada
998 como sugestões do CNS para o processo eleitoral da nova coordenação, a fim de se evitar polêmicas.
999 Conselheira **Neimy Batista da Silva** sugeriu que a proposta fosse encaminhada aos Conselhos de
1000 Saúde, solicitando contribuições. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** discordou da proposta, por
1001 entender que não haveria tempo hábil para analisar as contribuições antes da XII Plenária. **Após**
1002 **algumas considerações nesse sentido, foi acordado que a proposta seria apresentada na XII Plenária**
1003 **de Conselhos como Recomendação do CNS, na perspectiva de contribuir no debate sobre a eleição da**
1004 **nova Coordenação.** As contribuições do Plenário foram acolhidas e a Recomendação foi aprovada nos
1005 seguintes termos: Considerando: **a)** a Deliberação do CNS nº 004/01, que estabeleceu as diretrizes
1006 para a Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde; **b)** a necessidade de avançar no processo
1007 organizativo e de articulação entre Conselhos de Saúde nas esferas nacional, estaduais e municipais;
1008 **c)** o Conselho Nacional de Saúde enquanto fomentador deste processo de articulação; e **d)** a
1009 necessidade de estabelecer um fluxo de informações e discussões entre o Conselho Nacional de
1010 Saúde nas três esferas - municipal, estadual e federal, CNS recomenda: **1)** que a Coordenação
1011 Nacional de Plenária de Conselhos de Saúde seja composta por representação do Conselho Nacional
1012 de Saúde e por uma representação por Estado e o Distrito Federal, alterando o item 3 da Deliberação
1013 CNS nº 004/01; **2)** que estes coordenadores representantes dos Estados e Distrito Federal sejam
1014 eleitos em Plenárias Estaduais; **3)** que as Plenárias Estaduais construam coordenações estaduais com
1015 objetivo de promover o processo de articulação entre os conselhos de saúde do estado; **4)** que os
1016 novos coordenadores de plenária sejam eleitos, 1 titular e 1 suplente, em um prazo de até 6 meses, em

plenárias estaduais cuja organização se dará a partir dos Conselhos Estaduais e/ou coordenações estaduais existentes; 5) poderão ser incluídos na Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde os representantes dos estados já eleitos em Plenária Estadual preparatória para a XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; e 6) os estados que não elegeram seus representantes poderão indicar coordenadores provisórios com mandato de, no máximo, seis meses, improrrogáveis. Definido esse ponto, Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** apresentou a proposta de programação da XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, acrescida das contribuições do Grupo: *Dia 24 de novembro de 2004* - Início: 9 horas e término: 18 horas; das 9 às 18h – Credenciamento; das 10 às 12h – Abertura; e Conferência – Conjuntura Nacional e o Controle Social no SUS. Palestrante: Ministro de Estado da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**. Coordenadores: um do Conselho Nacional de Saúde e um da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; das 12 às 13h30 – Almoço; das 13h30 às 14h – Regimento Interno. Apresentação: **Júlio César das Neves** e **José Teófilo Cavalcante**; das 14 às 15h – Mesa-redonda: A gestão da força de trabalho como estratégia de consolidação do SUS. Palestrantes: **Maria Helena Machado**; **Maria Leda R. Dantas** e uma representação do CNS (Trabalhador, preferencialmente da Mesa Nacional de Negociação). Coordenadores: um do Conselho Nacional de Saúde e um da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; das 15 às 16h – Debate; das 16 às 16:15h – Intervalo; das 16h15 às 17h – Mesa-redonda: O fortalecimento do Estado e a conseqüente gestão/execução da Política Pública pelos órgãos governamentais. Palestrantes: **Conceição Rezende**; uma representação do CNS (Comissão/Terceirização); e Conselheira **Silvia Dantas**. Coordenadores: um do Conselho Nacional de Saúde e um da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; das 17 às 18h – Debate; 18h – Encerramento. *Dia: 25 de novembro de 2004* - início: 9 horas e término: 18 horas. das 9 às 12h – Credenciamento; Painel 1 - Regulamentação da EC nº 29/00. Painelista: Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS/COFIN; Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde; e Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde; Painel 2 – Controle Social e Capacitação dos segmentos. Painelista: GT de Capacitação de Conselheiros do CNS. Coordenadores: um do Conselho Nacional de Saúde e um da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; das 10 às 12h – Debate; das 12 às 13h30 – Intervalo; das 13h30 às 15h30 – Organização e funcionamento das Plenárias de Conselhos de Saúde; das 16 às 18h – Plenárias por Região. *Dia: 26 de novembro de 2004* - Início: 9 horas; e término: 18 horas; das 9 às 12h – Plenária: Leitura e Aprovação do Relatório. Coordenadores: um do Conselho Nacional de Saúde e um da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; das 12 às 14h – Almoço; 14h – Reinício dos trabalhos – Eleição por Estado; Leitura e Aprovação das Moções; e apresentação da Coordenação; 18h – Encerramento. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** apresentou as seguintes contribuições à proposta de programação: **a)** indicar os nomes para coordenar as mesas-redondas (um coordenador titular e um adjunto); **b)** incluir na mesa-redonda “Conjuntura Nacional e o Controle Social no SUS” um palestrante, representando o CNS; e **c)** incluir na mesa-redonda “O fortalecimento do Estado e a conseqüente gestão/execução da Política Pública pelos órgãos governamentais” um palestrante, representando o estado. Conselheira **Neimy Batista da Silva** propôs que nas mesas-redondas houvesse uma fala da gestão e uma fala do Controle Social. Após essas sugestões, **foi acordado que a proposta de programação, considerando as contribuições apresentadas, será fechada na próxima reunião da Coordenação da Plenária de Conselhos.** **ITEM 6 – PROPOSTA PRELIMINAR DE COMEMORAÇÃO DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE EM 2005** – Conselheiro **Moisés Goldbaum** submeteu à apreciação dos Conselheiros a proposta, elaborada pela Secretaria-Executiva do CNS, de realização de Campanha Nacional para preparação das comemorações do Dia Mundial da Saúde, em 7 de abril de 2005. Destacou que a Campanha teria por objetivo geral: informar a população sobre os direitos dos usuários do SUS, as ações e serviços disponíveis e os espaços de participação no SUS, por meio de diversos instrumentos de comunicação; e por objetivo específico: buscar o envolvimento dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, bem como o Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, órgãos, entidades e instituições na preparação, organização e avaliação da Campanha. Nesse sentido, citou as seguintes estratégias de ação: articulação com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para apresentação e participação no Projeto; apresentação e discussão do projeto na XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; articulação com a assessoria de comunicação do Ministério da Saúde para elaboração de materiais e divulgação na imprensa; articulação com as entidades integrantes do CNS e demais entidades sindicais e populares, escolas e movimentos sociais; contato e articulação com os Ministérios da Educação, da Comunicação, das Cidades, do Meio Ambiente, dos Esportes, do Trabalho e Emprego, da Fazenda, da Previdência Social, da Integração Social, Ministério Público e outros órgãos públicos. Disse que, para se alcançar os objetivos da Campanha, seria necessário desenvolver as seguintes ações: produção de material com linguagem e formato acessíveis sobre os direitos dos usuários e as instâncias colegiadas do SUS; definição de espaço para informar os serviços de saúde disponíveis; distribuição de *kit* e

produção de material com o histórico do Controle Social, destacando a importância dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde; criação de marca da Campanha Nacional, expressando a importância do Controle Social no Brasil; realização de videoconferência sobre as temáticas do SUS; articulação com a mídia, incluindo televisão, jornais, rádios, revistas, informativos e/ou boletins de entidades e instituições; e registro das atividades realizadas no Dia Mundial da Saúde, por meio de filmagem, fotografias e vídeos. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, acrescentou que o objetivo do Dia Mundial da Saúde 2005 era promover mobilização de todos os atores relacionados à saúde, na perspectiva de informar os direitos dos usuários do SUS, as ações e serviços disponíveis e os espaços de participação no SUS. Feita essa consideração, foi aberta palavra para contribuições dos Conselheiros. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** disse que seria necessário promover amplo debate com a sociedade sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** manifestou concordância com os objetivos da proposta, todavia, sugeriu que fosse destinada uma semana para a comemoração do Dia Mundial da Saúde, com realização de diversas atividades. Conselheira **Neimy Batista da Silva** endossou a proposta de realizar uma semana de comemoração do Dia Mundial da Saúde, organizada a partir de manifestações culturais (teatro, música, entre outras) e de uma amostra nacional, a fim de atingir os usuários do SUS. Conselheiro **Volmir Raimondi** sugeriu que a Campanha Nacional do Dia Mundial de Saúde de 2005, bem como as demais campanhas do Ministério da Saúde, disponibilizassem material em Braille e em Linguagem de Libras. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** ratificou a proposta de realizar uma semana para comemoração do Dia Mundial da Saúde, priorizando o público interno da saúde (incluindo o Controle Social da Saúde e os trabalhadores). Propôs, ainda, que o evento trabalhasse na perspectiva de divulgar, além da assistência, outros campos da saúde (formação, pesquisa, entre outras). Conselheiro **Rui Barbosa da Silva** enfatizou a importância de elaborar um manual sobre os direitos dos usuários do SUS, em linguagem acessível, a ser distribuído à população. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** acrescentou que a Campanha deveria tratar, também, dos deveres dos usuários do SUS. Conselheiro **Moisés Goldbaum** disse que seria importante definir de forma clara o eixo temático da proposta, bem como os seus objetivos específicos. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que a Campanha Nacional visava iniciar o processo de organização, em 2004, do Dia Mundial da Saúde 2005. **Feitas essas considerações, o Plenário aprovou as seguintes propostas: realização de uma semana nacional de mobilização em defesa da saúde, que irá comemorar o Dia Mundial da Saúde. Para organizar o evento, foi instituído comitê de campanha composto pelos Conselheiros Cleuza de Carvalho Miguel, Rui Barbosa, Luiz Augusto Ângelo, Izaac Fernandes, e Gilca Ribeiro S. Diniz; dois Conselheiros representantes do segmento dos trabalhadores (a serem indicados); um representante da Confederação Nacional do Comércio (CNC) (a ser indicado); um representante da Confederação Nacional da Indústria (CNI) (a ser indicado); um representante da Confederação Nacional da Agricultura (CNA) (a ser indicado); e os integrantes da Comissão de Comunicação do CNS.** Definido esse ponto, foi iniciado o debate do item 7 da pauta. **ITEM 7 – INFORMES E INDICAÇÕES – Relatório da Comissão de Coordenação Geral (CCG)** - Em virtude da exiguidade de tempo, não foi possível apresentar o relatório da última reunião da Comissão de Coordenação Geral, realizada no dia 14 de setembro de 2004. **Informes: 1) Relatório da COFIN/CNS** - Os Conselheiros **André Luiz de Oliveira, Gerônimo Paludo e Fernando Luiz Eliotério**, integrantes da COFIN/CNS, apresentaram o relatório da última reunião da Comissão, realizada no dia 5 de outubro de 2004, que tratou dos seguintes temas: peça orçamentária 2005; financiamento públicos nos planos privados de saúde; execução orçamentária do 3º trimestre de 2004; informes do SIOPS (situação dos estados e municípios); revisão e adequação do formato das planilhas de apresentação da execução orçamentária do Ministério da Saúde (compatibilidade com o Plano Nacional de Saúde); e informes gerais (Memorando nº 354/04 da Secretaria Executiva do CES/AM; e Ofício do DENASUS/MS nº 1404). Conselheiro **André Luiz de Oliveira** apresentou a primeira parte do relatório, informando que, conforme esclarecimentos do Sr. **Celso Depollo**, a Peça Orçamentária de 2005 encontrava-se no Congresso Nacional, devendo ser analisada pelos deputados e senadores a partir do mês de novembro. Disse que os Conselheiros **Graciara Matos Azevedo e Mário César Scheffer**, membros da Comissão de Saúde Complementar/CNS, apresentaram o Plano de Trabalho da Comissão para 2004 e solicitaram colaboração da COFIN no sentido de obter informações sobre os aspectos relativos ao financiamento, que fazem parte do plano, concernentes aos recursos públicos envolvidos direta e indiretamente no mercado de planos de saúde, à renúncia fiscal, ao pagamento de planos de saúde para servidores públicos e ao trânsito de clientes de planos de saúde nos serviços próprios e conveniados do SUS. Disse que a COFIN estava colobarando com a Comissão e a representante da SAS/MS na COFIN, **Cleusa Bernardo**, colocou-se à disposição para viabilizar informações sobre as questões levantadas. Além disso, destacou que o representante do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão na COFIN colocou-se à disposição para contribuir nesse sentido. Em relação à execução orçamentária de

2004, disse que a Comissão havia analisado o relatório da execução do 3º Trimestre, encaminhado pelo Ministério da Saúde. Destacou que o valor total empenhado em ações e serviços de saúde foi de R\$ 26.912.763.720, correspondendo a 80,4% do valor total orçado para 2004. Ressaltou que, considerando que o período de Janeiro a Setembro representa três quartos do ano, foram considerados com baixa execução os itens que tiveram valores empenhados abaixo de 75%, sendo: Combate às Carências Nutricionais; Manutenção das Unidades Operacionais; Serviços de Processamento de Dados (DATASUS); Programa Sangue e Hemoderivados; Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VIGISUS); Outros Programas do Fundo Nacional de Saúde; Qualificação Profissional do SUS; Implantação do Cartão SUS; Programa de Estruturação da Saúde Família (PROESF); PROFAE; Programa de Prevenção DST/AIDS; Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); Atenção à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem; Farmácia Básica (PAB); Ações de Vigilância Epidemiológica; Aquisição e distribuição de Medicamentos; Participação em Organismos Internacionais; Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços; Manutenção de Unidades Indígenas; Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VIGISUS); Outros Programas da FUNASA; Modernização das Unidades de Pesquisa; Produção de Vacinas e Medicamentos; Outros Programas da ANSS; e Atenção Hospitalar da Unidade. Destacou que o valor empenhado para esses itens totaliza R\$ 1.693.373.221,00, que representa 6,3% do total empenhado em ações e serviços de saúde (R\$ 26.912.763.720). Acrescentou que o valor orçado para esses itens, em 2004, totaliza R\$ 3.106.816.615 ou 9,3% do total orçado para ações e serviços de saúde no valor de R\$ 33.474.289.589. Disse que, em termos de realização, o total do valor empenhado nos referidos itens representa 54,51% do valor orçado para os mesmos. Enfatizou que foram considerados com elevada execução os itens: Média e Alta Complexidade – MAC – AIH/SAI/SUS, com 89,21% de empenho e 81,29% de liquidação; e Medicamentos Excepcionais, com 95,08% de empenho e 84,82% de liquidação. Disse que a COFIN solicitou ao Sr. **Celso Depollo** que informasse os pedidos de suplementação encaminhados e as respectivas compensações orçamentárias, o que será feito na próxima reunião da Comissão. Continuou explicando que a COFIN solicitou informações ao Ministério da Saúde sobre os itens da execução orçamentária relativos às despesas com assistência médica aos servidores e auxílios ao servidor (itens 41, 42, 48, 49, 60, 61, 72, 73, 80 e 81), a partir do seguinte questionamento: por que tais despesas estão sendo computadas como ações e serviços de saúde para fins de cumprimento da EC nº 29? *Resposta* – o valor empenhado nesses itens totalizou R\$ 337.519.810,00, o que representa 1,3% do total empenhado com ações e serviços de saúde. O valor orçado para 2004 nesses itens totaliza R\$ 367.751.000,00 (ou 1,1% do total orçado para 2004 para ações e serviços de saúde no valor de R\$33.474.289.589,00). Finalizando, em termos de realização, o total do valor empenhado naqueles itens representa 91,78% do valor orçado para os mesmos. Conselheiro **Gerônimo Paludo** continuou a apresentação do relatório com o informe do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) acerca da situação dos estados e municípios. Informou que responderam ao SIOPS: 5.010 municípios (ano-base 2000), 5.242 (ano-base 2001), 5.116 (ano-base 2002), 4.288 (ano-base 2003) e 2.971 (1º semestre de 2004 – posição de 04 de outubro de 2004). Destacou que, considerando a existência de 5.561 municípios, o índice de respostas era bastante elevado, com exceção de 2004, tendo em vista que vários municípios entregavam os dados anualmente. Acrescentou que os Municípios dos Estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul apresentaram um alto índice de resposta nesses anos. Em relação ao cumprimento da EC nº 29 pelos municípios, disse que, em termos regionais, no período 2000/2004, os municípios da Região Sudeste apresentaram o maior índice de aplicação. (Para fins de apuração, foram consideradas as despesas empenhadas em 2000 e 2001 e as despesas liquidadas em 2002, 2003 e 2004). No que diz respeito aos estados, destacou que somente cinco tinham encaminhado os dados de 2003, sendo: Pará, Tocantins, São Paulo, Santa Catarina e Mato Grosso. No entanto, nenhum estado havia entregado os dados do 1º semestre de 2004. Em relação ao cumprimento da EC nº 29, disse que os dados relativos ao exercício de 2003 estariam consolidados até o final de outubro de 2004. Ressaltou que, em relação ao cumprimento da aplicação mínima prevista na EC nº 29, apenas dez estados cumpriram a emenda (Acre, Amazonas, Pará, Amapá, Tocantins, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, São Paulo e Mato Grosso do Sul) e 17 não cumpriram (Rondônia, Roraima, Maranhão, Piauí, Ceará, Pernambuco, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal). Sobre esse item, disse que a proposta de encaminhamento da COFIN era a aprovação, pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde, de proposta de repúdio e de cobrança aos Gestores estaduais pelo descumprimento da EC nº 29, bem como pelo não encaminhamento dos dados ao SIOPS em 2003, com exceção dos cinco Estados que encaminharam, e em 2004 (1º semestre) para todos os Estados. A propósito da revisão ou adequação do formato das planilhas de apresentação da Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (compatibilidade com o Plano Nacional de Saúde), disse que, segundo informação do Sr. **Celso Depollo**, o Plano Nacional de Saúde estava em fase final de

consolidação e seria objeto de portaria do Ministério da Saúde para publicação nos próximos dias. Após essa etapa, o Ministério da Saúde apresentaria, de forma compatibilizada, a proposta orçamentária com as diretrizes e metas definidas no Plano Nacional de Saúde, tendo como prazo previsto até o final de outubro de 2004. O Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** falou sobre os informes gerais da reunião, destacando que havia sido apresentado o Memorando nº 354/04, da SE/CES/AM, solicitando indicação de um membro da COFIN para realização de oficina sobre prestação de contas do Fundo Estadual de Saúde. Disse que a sugestão de encaminhamento da Comissão ao Plenário do CNS era informar a impossibilidade de participação dos membros da COFIN e sugerir a participação de um técnico do SIOPS e de um do Fundo Nacional de Saúde, em razão dos assuntos requeridos pelo Conselho Estadual de Saúde do Amazonas. Informou, também, que havia sido apresentado Ofício do DENASUS/MS, solicitando contribuições e análise de material gravado em CD, contendo informações e dados que servirão para leitura do instrumento legal, normas que afetam as auditorias, roteiros, fluxos e manuais utilizados e aplicados pela auditoria. Destacou que o material encontrava-se à disposição dos interessados. Além disso, apresentou um breve informe sobre a reunião com o Secretário-Executivo do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, **Nelson Machado**, realizada no dia 1º de Setembro de 2004. Disse que, na oportunidade, o Secretário informou que não havia nenhuma ação voltada a promover a desvinculação dos recursos destinados para saúde. Acrescentou que os representantes do Conselho entregaram um estudo preparado pela COFIN, que apurou a necessidade de alocação de R\$ 1,8 bilhões no Orçamento do Ministério da Saúde pelo não cumprimento da EC nº 29 nos anos de 2001, 2002 e 2003. Destacou que houve o compromisso de garantir a recomposição dos gastos mínimos a partir de 2003, ou seja, relativa à gestão do Presidente **Lula**. Ressaltou que a COFIN avaliou como positivo o contato e a articulação com o Secretário-Executivo do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e ratificou a importância de continuar o contato, visando o esclarecimento das matérias em estudo pela Comissão. Informou, ainda, que, em 24 de agosto de 2004, foi nomeado como relator do Projeto de Regulamentação da EC nº 29, na Comissão de Finanças e Tributação, o deputado **Luis Carlos Hauli** (PSDB-PR), membro da Frente Parlamentar de Saúde. Por fim, submeteu à apreciação e de deliberação do Plenário a seguinte proposta de composição da COFIN: seis conselheiros (sendo dois do segmento de trabalhadores e quatro do segmento de usuários) e um titular e um suplente para cada órgão/entidade a seguir relacionada: SIOPS/MS; SPO/MS; SAS/MS; DENASUS/MS; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; CONASS; CONASEMS; ABRASCO; ABRES (Associação Brasileira de Economia em Saúde) e Fundo Nacional de Saúde. Concluída a apresentação do relatório, foi aberta palavra para manifestações do Plenário. Conselheiro **Moisés Goldbaum** destacou que, os municípios de Sergipe e Santa Catarina deviam ser incluídos entre os que apresentaram alto índice de resposta ao SIOPS, por terem tido um índice de respostas superior ao corte de 60%. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**, a princípio, parabenizou o trabalho da COFIN, que contribuía para subsidiar as decisões do Plenário sobre temas complexos. Mostrou preocupação com a baixa execução do item “Qualificação Profissional do SUS”, considerando a sua importância para a melhoria da qualidade da atenção. Além disso, solicitou que fossem disponibilizados os dados relativos aos estados no que diz respeito à alimentação do SIOPS e ao cumprimento da aplicação mínima prevista na EC nº 29. Endossou a proposta de ser encaminhada aos Conselhos Estaduais dos estados, que não cumpriram a EC nº 29, uma moção do CNS, repudiando o descumprimento da Emenda e solicitando providências nesse sentido. Além disso, propôs que o CNS encaminhasse denúncia de descumprimento da Emenda, por parte dos estados, ao Ministério Público Federal, a fim de que fossem tomadas as providências cabíveis. Ressaltou, ainda, que não havia compromisso do atual governo em assumir o cumprimento da EC nº 29 nos anos de 2001 e 2002, não restando outra alternativa, senão, denunciar essa situação ao Ministério Público para as devidas providências. Por fim, destacou que o percentual de aplicação de recursos de Espírito Santo (11,01%) estava superfaturado, sendo necessária análise mais aprofundada. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** destacou que a dívida sanitária precede a qualquer outra, assim sendo, não havia motivos para o não pagamento do recurso oriundo do não cumprimento da EC nº 29 pelo Ministério da Saúde em 2001, 2002 e 2003. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou maior detalhamento dos motivos da alta execução do item relativo a “Medicamentos Excepcionais”. Além disso, perguntou se a baixa execução orçamentária do “Programa de Prevenção DST/AIDS” tinha relação com a falta de execução do recurso repassado Fundo a Fundo para os estados. Endossou a proposta de recorrer ao Ministério Público em relação ao descumprimento da EC nº 29. Enfatizou que o Governo cumpria com o pagamento da dívida externa, feita em outras gestões, no entanto, não se empenhava para pagar as dívidas públicas. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** disse que seria importante promover debate sobre o fato de as despesas relativas à alimentação e assistência médica aos servidores serem computadas como ações e serviços de saúde para fins de cumprimento da EC nº 29. Além disso, solicitou maiores esclarecimentos sobre o compromisso dos estados em responder ao SIOPS – adesão ou obrigação legal. Destacou a baixa

execução orçamentária do "Programa Sangue e Hemoderivados" nos últimos anos e ressaltou a importância de posicionamento do CNS nesse caso específico. Chamou a atenção para o alto índice de execução do item "Controle de Endemias/Erradicação do Aedes", ressaltando que seria gasto considerável montante de recursos nos próximos meses para combate ao mosquito. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** solicitou informações sobre a situação do Distrito Federal no que diz respeito à desabilitação em gestão plena. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que os dados relativos ao cumprimento da Emenda, por estados e municípios, fossem repassados aos Conselhos de Saúde, na perspectiva de ser feito o acompanhamento e a avaliação da credibilidade dos dados repassados ao SIOPS. Ressaltou que seria importante manter na pauta do CNS o debate sobre o não cumprimento da EC nº 29, pelo Ministério da Saúde, em 2001 e 2002, bem como abrir outros canais de discussão e negociação com os demais Ministérios. Conselheiro **Georgimar Martiniano de Sousa**, em nome do Ministério do Trabalho e Emprego, colocou-se à disposição para contribuir com os trabalhos da COFIN/CNS. Disse que, apesar de problemas pontuais em relação a alguns Programas, o Ministério da Saúde era o que possuía a maior execução orçamentária em comparação aos demais Ministérios. Destacou que havia um amparo legal para inclusão das despesas relativas à alimentação e assistência médica aos servidores serem computadas como ações e serviços de saúde para fins de cumprimento da EC nº 29, entretanto, um projeto de lei, em tramitação no Congresso, excluía essas despesas do cálculo. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que a tabela de execução orçamentária apresentasse dados sobre a execução por unidade hospitalar própria do Ministério da Saúde. Destacou, ainda, a baixa execução orçamentária dos Programas relativos à qualificação, formação e capacitação dos servidores (Qualificação Profissional do SUS, PITS, entre outros). Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**, em relação ao SIOPS, sugeriu que o CNS aprovasse resolução, no sentido de tornar obrigatória a resposta de estados e municípios ao Sistema. Sobre o cumprimento da EC nº 29, propôs que elaborada proposta de Resolução, solicitando ao Governo Federal a recomposição dos valores não empenhados e acumulados nos exercícios de 2001 e 2002, com a devida inclusão no Orçamento 2004, no prazo de 45 ou 60 dias. E, a depender da resposta, sugeriu que o CNS encaminhasse denúncia sobre essa situação ao Ministério Público para as devidas providências. Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho** disse que seria importante discutir com as áreas técnicas do governo as exigências burocráticas que prejudicam o repasse de recursos e, conseqüentemente, a execução orçamentária de determinados itens. Comentou, ainda, sobre a questão dos medicamentos excepcionais, destacando que seria importante verificar se os Estados estavam investindo a parte que lhe cabiam para aquisição desses medicamentos. Destacou que a execução orçamentária do Ministério da Saúde estava crescendo paulatinamente, sendo necessário discutir as áreas programáticas e da Média e Alta Complexidade. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** perguntou sobre o encaminhamento, aprovado na última reunião, de que a Proposta Orçamentária 2005 seria revista, a partir dos pontos prioritários levantados pelo Plenário e do Plano Nacional de Saúde, e submetida à apreciação do Plenário. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** propôs que o CNS promovesse debate com a SEGTS/MS sobre os motivos da baixa execução dos programas relativos à qualificação e capacitação dos profissionais do SUS. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: revisar o relatório, tornando a sua linguagem mais acessível, a fim de encaminhá-lo aos Conselhos Estaduais de Saúde para conhecimento e manifestação; e apresentar aos participantes da Plenária uma proposta de formato para a composição das Comissões de Orçamento e Finanças dos Conselhos de Saúde. **Após essas considerações, o relatório da COFIN, bem como as propostas nele contidas, foi aprovado, considerando as seguintes proposições:** 1) incluir, no item 3.2 do relatório, o item 56 "controle de endemias/erradicação do aedes", com 99,73% de empenho e 80,72% de liquidação; 2) incluir, no item 4.1.B do relatório, Sergipe e Santa Catarina entre os Estados que apresentaram alto índice de resposta ao SIOPS; 3) remeter as informações relativas ao descumprimento da EC nº 29 a todos os Conselhos de Saúde Estaduais e ao Ministério Público Federal, para que sejam cobradas informações e soluções aos Governos respectivos; 4) a COFIN incluirá no Relatório da próxima Reunião Ordinária informações relativas à desabilitação do Distrito Federal; 5) elaborar uma Recomendação sobre a Recomposição dos Valores não empenhados nos exercícios de 2001, 2002 e 2003, com a devida inclusão no Orçamento 2004, no prazo de 60 dias; 6) Pesquisar e informar ao CNS, as formas que os Governadores Estaduais estão utilizando para manipular as receitas e aumentar os percentuais de recursos próprios aplicados à saúde; 7) sensibilizar os estados sobre a necessidade de responder ao SIOPS; e 8) definir formas de se garantir o acesso dos Conselhos Estaduais de Saúde aos relatórios da COFIN. A propósito da composição da COFIN/CNS, os Conselheiros aprovaram a proposta de composição apresentada e a indicação dos seguintes nomes: 1) Conselheiros representantes do segmento dos usuários: **Alcides dos Santos Ribeiro; André Luiz de Oliveira; Fernando Luiz Eliotério e Júlia Maria Roland**; e 2) Conselheiros representantes do segmento dos trabalhadores em saúde:

Gerônimo Paludo; e **Neimy Batista**. A representação do DENASUS/MS participará da Comissão como convidado ou suplente. No final da tarde do segundo dia de reunião, conforme definição do Plenário, foi submetida à apreciação dos Conselheiros uma proposta de Deliberação, solicitando ao Ministério da Saúde que seja mantido o compromisso de recomposição dos valores não empenhados no exercício de 2003, em face do não cumprimento da EC nº 29, ainda no exercício financeiro e orçamentário de 2004; e aos Ministérios da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão que, devido ao não cumprimento da EC nº 29, seja feita a recomposição dos valores não empenhados e acumulados nos exercícios de 2001 e 2002, com a devida inclusão no Orçamento 2004, no prazo de 60 dias. **A proposta de deliberação foi aprovada, por unanimidade.** 3) **Relatório da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde** - O coordenador-geral da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, **Reinaldo Guimarães**, participou deste item da pauta para informar o Plenário que, até o dia 30 de setembro de 2004, apenas quatro Estados (Minas Gerais, Santa Catarina, Pernambuco e Alagoas) tinham enviado os resultados do processo de votação das emendas referentes às 9 subagendas de pesquisa restantes (as de número 15 a 23) da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde, que não haviam sido apreciadas na Plenária da Conferência. A propósito, disse que havia sido distribuído quadro com o resultado da votação final das emendas. Desse modo, disse que o Plenário do CNS teria de definir encaminhamentos em relação: **a)** ao eixo temático da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde cujo documento havia sido integralmente apreciado na etapa nacional, tendo sido votadas todas as propostas apresentadas pelos delegados; **b)** à votação das 9 subagendas de pesquisa restantes do eixo temático da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde, considerando o índice de respostas dos estados; e **c)** às moções apresentadas na Conferência. Feito esse informe, foi aberta palavra para manifestações do Plenário. Conselheiro **Moisés Goldbaum** sugeriu que o Plenário apreciasse o documento do eixo temático 1 da Conferência “Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde”, que havia sido integralmente votado na etapa nacional da Conferência. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** disse que o processo de votação das nove subagendas de pesquisa restantes do eixo temático da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde havia sido prejudicado pela realização das eleições municipais. Nessa linha, propôs que o Plenário definisse novo prazo para manifestação dos estados, a fim de que, no mínimo, 50% dos delegados se pronunciassem, utilizando-se as Plenárias Estaduais e Regionais como espaços para votação das propostas. Assim, finalizada a votação, o Plenário apreciaria o relatório completo com os dois eixos temáticos. O coordenador-geral da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, **Reinaldo Guimarães**, sugeriu que o Plenário do CNS se manifestasse sobre o documento do eixo temático 1 da Conferência “Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde”, que havia sido integralmente apreciado na etapa nacional e era de conhecimento de todos os Conselheiros, e as moções. Endossou a proposta de destinar prazo para manifestação dos delegados em relação às subagendas de pesquisa restantes (as de número 15 a 23) do eixo temático 2. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** explicou que as emendas apresentadas ao do eixo temático 2 “Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde” se referiam à inclusão de novos temas para pesquisa, o que não impedia a votação dos dois eixos temáticos, na reunião. Acrescentou, ainda, disse que a agenda não apresentava prioridades de pesquisas, mas sim, uma série de temas para pesquisa. Conselheiro **Moisés Goldbaum** defendeu a aprovação do documento do eixo temático 1 da Conferência, que havia sido integralmente apreciado na etapa nacional da Conferência, a fim de agilizar a sua divulgação. Em relação ao eixo temático 2, propôs que o Plenário apreciasse os resultados de votação das emendas pelos estados e, também, votasse o documento. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** propôs que o Plenário votasse os documentos dos dois eixos temáticos da Conferência e definisse novo prazo para manifestação dos delegados em relação às subagendas restantes do eixo temático 2. Assim, a partir do resultado da votação, as sugestões seriam apreciadas pelo CNS, que definiria por incluí-las ou não no relatório. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** propôs que os documentos não fossem votados na reunião e fosse definido novo prazo para manifestação dos estados em relação às subagendas, até a realização das Plenárias Estaduais e Regionais. E, a partir daí, caso não houvesse resposta, o CNS definisse como encaminhar a questão. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** perguntou se havia sido definido na Conferência prazo para votação das subagendas do eixo temático 2. Em resposta, o coordenador-geral da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, **Reinaldo Guimarães**, informou que, conforme definição da Plenária, os Conselheiros Estaduais deveriam encaminhar à Coordenação da Relatoria o relatório com os resultados da votação até o prazo limite de 10 de setembro de 2004. Contudo, considerando as dificuldades relacionadas ao período eleitoral, esse prazo havia sido prorrogado para 30 de setembro de 2004. Conselheiro **Moisés Goldbaum**, considerando as preocupações levantadas pela Conselheira **Solange Belchior**, propôs que o Plenário votasse o eixo temático 1 da Conferência “Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde” e, posteriormente, o eixo temático 2 “Agenda Nacional de

Prioridades de Pesquisas em Saúde”. A representante do Departamento de Ciência e Tecnologia/MS, **Márcia Luz da Motta**, disse que as emendas aprovadas pelos delegados referiam-se a inclusão de temas relevantes de pesquisas e a única recusa foi a de exclusão do tema promoção da saúde. Feitas essas considerações, foi colocado em votação o seguinte encaminhamento: **aprovar o eixo temático 1 da Conferência “Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde”** cujo documento havia sido integralmente apreciado na etapa nacional; e adiar a votação do eixo temático 2 “Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde” para o início de dezembro de 2004, possibilitando a manifestação dos estados (até a XII Plenária Nacional de Conselhos, que ocorreria de 24 a 26 de novembro de 2004) em relação às subagendas de pesquisas não apreciadas na Conferência. O encaminhamento foi aprovado com o voto contrário da Conselheira Solange Gonçalves Belchior. O coordenador-geral da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, **Reinaldo Guimarães**, destacou que os temas da Agenda de Pesquisas foram definidos a partir de um intenso processo de pactuação. Registrou, ainda, que nenhuma decisão relevante acerca da Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde seria tomada à revelia do CNS.

3) Comissão de Eliminação da Hanseníase/CNS – A Dra. **Rosa Castália Soares** falou sobre a atual situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, destacando, a princípio, que o país possui a maior prevalência de hanseníase do mundo, com 80 mil doentes, sendo cinco para grupo de 10 mil habitantes. Enfatizou que essa situação era preocupante, tendo em vista que a hanseníase incapacitava os pacientes, o que tinha impacto na economia do país, pois a demanda de recursos para a reabilitação era muito grande e os resultados, nem sempre, eram satisfatórios. Ressaltou que o país possui cerca de 3 mil crianças acometidas pela patologia e que, apesar desse quadro, não havia campanhas sobre sinais e sintomas da patologia nas escolas. Destacou que a eliminação da hanseníase era uma das prioridades de governo e estavam sendo tomadas iniciativas para isso. Disse que seria importante o envolvimento de todos os setores da sociedade, a fim de se cumprir o pacto internacional de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2005. Informou que o Brasil, juntamente com outros 124 países, assinou esse pacto, em 1991, e, atualmente, apenas seis países não eliminaram a doença como problema de saúde pública. Ressaltou que estava sendo feita ação pontual, em parceria com o CONASEMS, nos 206 municípios prioritários, que concentram 70% dos casos de hanseníase. Acrescentou que a doença era de diagnóstico clínico e a medicação era distribuída pela Organização Mundial de Saúde. Frente a esse grave cenário, disse ser necessária intervenção em todos os espaços, principalmente nas escolas, a fim de se avançar na luta pela eliminação da doença. Concluído o informe, foi aberta palavra para intervenções do Plenário. Conselheiro **Izaac Fernandes** ressaltou a importância de ação do CNS no sentido de mobilizar todos os setores na luta pela eliminação da hanseníase. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** falou sobre a iniciativa do Núcleo Jabaquara, de São Paulo, que realizava diagnóstico da hanseníase nas favelas. Conselheiro **Luiz Augusto Ângelo** disse que seria necessário divulgar os dados atuais sobre a situação epidemiológica da hanseníase no país e as ações que vinham sendo implementadas para a sua erradicação. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** manifestou o interesse do Ministério da Educação em contribuir na luta pela eliminação da hanseníase. Nesse sentido, disse que a Secretaria de Educação Fundamental trabalhava com a pedagogia de projetos sobre temas relevantes (sexo, drogas, entre outros), envolvendo a comunidade, e a hanseníase poderia ser um dos temas dos projetos. Além disso, enfatizou que o MEC estava trabalhando na mudança dos parâmetros referenciais curriculares e o tema saúde seria incluído como um tema transversal. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** lamentou o fato de o tema ter sido pautado como informe, considerando a importância de aprofundar o seu debate. Perguntou quais eram os estados com maior concentração de pessoas com hanseníase, tendo em vista a necessidade de ações mais focais nessas áreas. Propôs que o CNS sugerisse ao Ministério da Saúde o investimento do orçamento 2004, destinado à capacitação de recursos humanos, que não fora executado, na capacitação de profissionais de saúde em hanseníase e tuberculose para atuação nos locais de maior prevalência da doença. Concluiu destacando que, além de se criar demandas, era preciso preparar a rede para atender a pessoas com hanseníase. Conselheiro **Moisés Goldbaum** perguntou sobre a interface das ações voltadas à eliminação da hanseníase com o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN). Em resposta às intervenções dos Conselheiros, **Rosa Castália Soares** informou que, juntamente com o Movimento Popular em Saúde, discutiria estratégias para disseminar informações de sinais e sintomas para as comunidades mais vulneráveis à doença, dentre elas as favelas do Rio de Janeiro e São Paulo. Além disso, destacou que seria importante garantir que todas as unidades de saúde realizassem diagnóstico e tratamento de hanseníase (apenas 17% das unidades fazem). Também se comprometeu a enviar informes mensais ao CNS sobre a situação epidemiológica da hanseníase no país e as iniciativas para sua erradicação. Disse, ainda, que a participação do MEC na luta pela erradicação da hanseníase era de extrema importância, considerando que poderia contribuir para a inserção do tema nos currículos dos profissionais de saúde das Universidades. Informou que os

Estados com maior concentração e casos de hanseníase eram: Mato Grosso; Pará; Maranhão; Amazonas; e Piauí. Destacou que uma intervenção nos Estados do Mato Grosso, Pará e Maranhão resolveria metade dos casos de hanseníase do país. Ressaltou que seria essencial a capacitação de equipes de saúde, na perspectiva de garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento da hanseníase na rede e de universalizar a cura. Falou, ainda, sobre a situação dos hospitais colônias do país e informou que havia sido constituída comissão, com a finalidade de fazer um diagnóstico da situação desses hospitais, que serviria de subsídio para definição de uma política de reestruturação dessas unidades. Convidou os Conselheiros para participarem do Seminário sobre Hospitais Colônias, que seria realizado no Rio de Janeiro de 5 a 7 de novembro de 2004. Informou, ainda, que o MORHAN era um parceiro fundamental no processo de eliminação da hanseníase. O tema será oportunamente pautado para debate no CNS. **4) Comissão Intersectorial de Saúde Mental (CISM/MS) – Foi distribuído aos Conselheiros, para conhecimento, o Manual do Programa “De Volta para Casa”. Devido à exiguidade de tempo, o Plenário decidiu pautar o debate do Programa na Reunião Ordinária de novembro de 2004 e o material sobre o mesmo será distribuído aos Conselheiros, com antecedência, na perspectiva de subsidiar o debate.** Foi submetida à apreciação do Plenário do CNS uma minuta de Recomendação da CISM/CNS relativa ao Programa de Volta para Casa, propondo: que a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde elabore e distribua um manual contendo os direitos dos usuários de saúde mental; que seja delegada a CISM/CNS a tarefa de apreciar o documento; e que o documento seja submetido à aprovação do Plenário do CNS, a fim de ser amplamente divulgado. **A minuta de Recomendação foi aprovada, por unanimidade.** **5) GT de Capacitação de Conselheiros/CNS –** Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** informou que o GT de Capacitação havia sido reconstituído, estando composto pelos **Clóvis A. Bouffleur, André Luiz de Oliveira, Luiz Gonzaga de Araújo, Gilca Ribeiro S. Diniz e Alexandre de Oliveira Fraga**. Disse que, no último período, o Grupo realizou duas reuniões, com o propósito de avaliar o Projeto de Capacitação de Conselheiros e definir novas perspectivas para esse processo. Ressaltou que, a partir dessa discussão, o GT entendeu que seria necessário construir uma Política Nacional de Educação Permanente de Conselheiros de Saúde e de fortalecimento do Controle Social, na perspectiva de promover um processo permanente de atualização de Conselheiros e de agentes da sociedade civil organizada. Destacou que, antes de iniciar elaboração da proposta, era preciso definir o responsável pelo processo: - Conselhos de Saúde ou os Pólos de Educação Permanente. Nesse sentido, lembrou que o documento “Diretrizes para capacitação de Conselheiros de Saúde”, aprovado pelo CNS, define que a competência de realizar o processo de capacitação dos Conselheiros é dos Conselhos de Saúde. Ressaltou que o GT posicionou-se no sentido de reafirmar o documento “Diretrizes para capacitação de Conselheiros de Saúde”, garantindo aos Conselhos de Saúde a competência de realizar o processo de capacitação de Conselheiros. Além disso, destacou que seria necessário definir a amplitude do processo: capacitação de conselheiros ou definição de uma política de conselheiros e fortalecimento do Controle Social. Registrou que o GT iniciou a elaboração de um espelho da Política, com valiosas contribuições do Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur**. Concluiu destacando que seria importante definir, com urgência, essas questões, tendo em vista a necessidade de agilizar os trabalhos do GT e o fato de os Pólos de Educação Permanente terem apresentado projetos de capacitação de conselheiros, sem uma diretriz nacional. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** destacou que a 12ª Conferência deliberou sobre a competência dos Conselhos de Saúde na execução do processo de capacitação e a capacitação nos Pólos de Educação Permanente. Nessa linha, destacou que no eixo temático “Comunicação e informação em saúde” é atribuída ao CNS, em conjunto com o Ministério da Saúde, a competência de definir estratégias para elaboração e implementação de políticas articuladas de informação, comunicação e educação permanente popular em saúde para as três esferas de Governo. Em relação aos pólos de educação, ressaltou que a deliberação da 12ª Conferência definiu que a capacitação de lideranças e de Conselheiros nos pólos de educação permanente deveria ser feita em parceria com Universidades, entidades de classe e articulação dos movimentos de práticas de educação em saúde. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** propôs que não fosse aberto debate sobre o informe e o tema fosse pautado para debate na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu que o CNS solicitasse ao Ministério da Saúde a suspensão dos 22 projetos de capacitação de conselheiros, apresentados pelos Pólos de Educação Permanente, até que Conselho discutisse a questão. **O tema será pautado para debate na próxima Reunião Ordinária do CNS.** **6) Conselheiro Francisco Batista Júnior** informou que o representante da Internacional de Serviços Públicos no Brasil, **Jocélio Drummond**, estava divulgando o documento “Mulheres e homens – Diferenciais de Remuneração nos Serviços Públicos”, que apresenta o resultado de pesquisa realizada nos serviços públicos do país, demonstrando a inequidade salarial, no serviço público, entre homens e mulheres. Nesse sentido, apresentou uma proposta de resolução, propondo ao Ministério da Saúde a criação de um comitê, a ser composto pelas partes interessadas, com o intuito de promover a equidade salarial, com perspectiva de gênero no âmbito dos serviços de

saúde. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** endossou o mérito da questão proposta, no entanto, ponderou se um tema relativo à equiparação salarial poderia ser objeto de uma resolução do CNS. Nesse sentido, sugeriu que houvesse uma moção de apoio ou recomendação do CNS sobre o tema. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que o representante da Internacional de Serviços Públicos no Brasil, **Jocélio Drummond**, solicitou o apoio do CNS à Campanha Internacional pela Equidade Salarial entre homens e mulheres que poderia ser manifestado por meio de moção ou recomendação. Sugeriu que a questão fosse encaminhada à Mesa Nacional de Negociação do SUS, que seria a responsável pela criação do Comitê para promover debate sobre a equidade salarial. **Feitas essas considerações, foi acordo que a Secretaria-Executiva do CNS distribuiria o documento "Mulheres e homens – Diferenciais de Remuneração nos Serviços Públicos", elaboraria proposta de Resolução, a ser submetida à apreciação dos Conselheiros, manifestando o apoio do CNS à Campanha Internacional pela equidade salarial e encaminharia a proposta de constituição do Comitê para a Mesa Nacional de Negociação do SUS. Indicações: 1) Seminário Aids e Controle Social no SUS – Data: 27 a 29 de outubro. Local: Brasília-DF. Foram indicados para participar do Seminário os Conselheiros: Luiz Augusto A. Martins; Irene Monteiro Magalhães; Solange Gonçalves Belchior; Luiz Fernando C. Silva; Francisco Batista Júnior (indicado também para proferir palestra sobre Controle Social - a confirmar); e um Conselheiro representante do segmento dos trabalhadores da saúde (a indicar). 2) Plenária Municipal de Conselhos de Saúde de Londrina – Data: 6 de novembro de 2004. Local: Londrina - PR. Solicita ao Conselho Nacional de Saúde a indicação de um palestrante para falar sobre o tema "Participação popular com controle social". A Secretaria-Executiva do CNS verificará qual Conselheiro tem disponibilidade para participar do evento. APROVAÇÃO DE ATAS – As Atas da 145ª e 146ª Reuniões Ordinárias do CNS foram aprovadas, por unanimidade, tendo sido acatadas as contribuições dos Conselheiros André Luiz de Oliveira e Luiz Augusto Ângelo Martins. ENCERRAMENTO - Nada mais havendo a tratar, a Secretária-Executiva do CNS encerrou os trabalhos da 147ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: Aos seis dias do mês de outubro do ano de dois mil e quatro: Alexandre de Oliveira Fraga, André Luiz de Oliveira, Ary Paliano, Carlos Alberto E. Duarte, Augusto Alves de Amorim, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Crescêncio Antunes da S. Neto, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Georgimar Martiniano de Sousa, Gerônimo Paludo, Gilca Ribeiro S. Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Izaac Fernandes, João Donizeti Scaboli, Lílían Alicke, Luiz Augusto A. Martins, Luiz Fernando C. Silva, Maria Helena Baumgarten, Maria Irene M. Magalhães, Maria Leda de R. Dantas, Maria Natividade G. S. T. Santana, Moisés Goldbaum, Neimy Batista da Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Oraida Maria de A. G. dos Santos, Oséas Florêncio de Moura Filho, Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa da Silva, Sérgio Ricardo G. M. Barreto, Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi, Willian Saad Hossne e Zilda Arns Neumann. Aos sete dias do mês de outubro do ano de dois mil e quatro: Alexandre de Oliveira Fraga, André Luiz Bonifácio, André Luiz de Oliveira, Ary Paliano, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Crescêncio Antunes da S. Neto, Fernando Luiz Eliotério, Francisco das Chagas D. Monteiro, Georgimar Martiniano de Sousa, Gerônimo Paludo, Gilca Ribeiro S. Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Izaac Fernandes, João Donizeti Scaboli, Luiz Augusto A. Martins, Luiz Fernando C. Silva, Maria Helena Baumgarten, Maria Irene M. Magalhães, Maria Leda de R. Dantas, Maria Natividade G. S. T. Santana, Moisés Goldbaum, Neimy Batista da Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Oraida Maria de A. G. dos Santos, Oséas Florêncio de Moura Filho, Rosane Maria Nascimento da Silva, Rui Barbosa da Silva, Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi e Willian Saad Hossne.**