

APRESENTAÇÃO

Esta edição do Boletim Informativo do Conselho Nacional de Saúde contém as deliberações e os resumos executivos referentes às reuniões do Plenário do CNS acontecidas nos meses de fevereiro, março e abril de 2002. Entre elas está uma de caráter extraordinária, que teve como tema principal a avaliação dos recursos, estratégia adotada e resultados do controle da dengue pelo SUS nas três esferas de Governo. No mesmo encontro, foram discutidos pontos do Projeto de Capacitação de Conselheiros de Saúde e Membros do Ministério Público e dos Princípios e Diretrizes da NOB/RH-SUS.

Entre as deliberações que estão incluídas neste Boletim, vale a pena destacar a manifestação do Plenário do CNS solicitando à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados urgência na tramitação do Substitutivo ao Projeto de Lei n.º 1.377/95, que prevê a execução integrada das políticas governamentais de proteção à Saúde do Trabalhador.

Também merece menção a posição do Plenário do CNS, transfigurada em moção, que reitera a manifestação pública deste Conselho, em julho de 2000, favorável às campanhas de prevenção à Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) pelo Sistema Único de Saúde, incluindo a distribuição gratuita de preservativos. Tal decisão vem como alerta sobre possíveis conseqüências negativas de posições contrárias ao uso e à eficácia deste insumo, inclusive falseando evidências científicas.

O financiamento do Sistema Único de Saúde foi beneficiado com a aprovação de Resolução pelo CNS, na reunião de abril de 2002, que estabelece diretrizes para aplicação da Emenda Constitucional 29. A regra, fruto da articulação do Conselho e das entidades da sociedade organizada junto ao Congresso, passa a contar com importante subsídio, que inclui pontos como a base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, o elenco das ações e serviços públicos de saúde beneficiados pela lei e os instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle dos recursos públicos.

NESTA SEÇÃO

Apresentação	1
21.ª Reunião Extraordinária do CNS/Fevereiro/2002	
Resumo Executivo	2
117.ª Reunião Ordinária do CNS/Março/2002	
Resumo Executivo	4
Resoluções	7
Moções	9
Recomendações	9
118.ª Reunião Ordinária do CNS/Abril/2002	
Resumo Executivo	10
Resoluções	13
Recomendações	17
Deliberações	18
Anexos	19

Além disso, há na publicação a íntegra da Resolução do CNS que solicita ao Ministério da Saúde e às lideranças parlamentares do Congresso Nacional a transformação em Projeto de Lei da MP n.º 33/2002, que cria uma Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças. No entender do Plenário do CNS, o MS deve seguir nos esforços com vistas à modernização e adequação da sua estrutura organizacional e do seu modelo de gestão, sob os princípios e diretrizes legais do SUS, mas o assunto pode ser discutido com tranqüilidade e tempo, visando a avaliar seu impacto na vida do País.

Por fim, o leitor poderá ter informações sobre os Seminários Regionais sobre Violência Urbana e Saúde Pública que o Conselho Nacional de Saúde está organizando com o apoio da Comissão Nacional de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados e de várias Assembléias Legislativas. Os encontros serão mais um espaço para discutir a qualidade de vida no Brasil.

21.ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS RESUMO EXECUTIVO – FEVEREIRO/2002

ABERTURA

Aos vinte e sete dias de fevereiro de dois mil e dois, na sala de reunião Conselheiro Omilton Visconde, do Conselho Nacional de Saúde, teve início a 21.ª Reunião Extraordinária do CNS.

ITEM 01 - AVALIAÇÃO DOS RECURSOS, ESTRATÉGIA ADOTADA E RESULTADOS DO CONTROLE DA DENGUE E DO AEDES AEGYPTI PELO SUS NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

Dr. Jarbas Barbosa, representante da FUNASA, expôs sobre a situação da dengue no Brasil. Nesse sentido, ressaltou os seguintes pontos:

- a) plano de identificação do controle da dengue;
- b) fatores que contribuem para disseminação da doença;
- c) crescimento do *Aedes aegypti* no Brasil entre 1991 e 2000;
- d) fatores favoráveis ao crescimento da dengue;
- e) dificuldade tecnológica de erradicação do mosquito; e
- f) planos de intensificação das ações de controle da dengue.

Sugeriu, ainda, uma atenção maior para o Estado do Rio de Janeiro devido ao altíssimo número de casos de dengue clássica e dengue hemorrágica.

Conselheiro Gilson Cantarino, representante do CONASS, apresentou um levantamento realizado pelo CONASS junto aos estados para obter informações relativas à situação da dengue e às observações de cada unidade federada. Apresentou, ainda, propostas de combate à dengue da Organização Pan-Americana da Saúde, que segundo ele, seriam de grande valia na discussão de propostas de combate da dengue no Brasil. Destacou, também, os números da Fundação Nacional de Saúde em relação ao crescimento de casos de dengue nos estados brasileiros em 2000 e 2001. Disse que não se deve considerar o Estado do Rio de Janeiro como o centro de gravidade do problema, pois há Estados com número de incidência maior. Afirmou, ainda, que não se deve tratar a

dengue como uma questão local sob o risco de se formular soluções que não atendam a realidade do País.

Senhora Gilvânia Westin Cosenza, Assessora da Secretaria Técnica do CONASS, informou sobre questões relativas à dengue apresentadas na reunião da Câmara Técnica de Epidemiologia onde estiveram presentes representantes de 22 Unidades Federadas do País.

Conselheiro Silvio Mendes, representante do CONASEMS, ressaltou o sensacionalismo por parte da imprensa e a utilização política da crise. Enfatizou, também, a necessidade de se ter bom senso na condução do processo da dengue e a necessidade de prevenção para o próximo ano, já que há um crescimento considerável no número de mosquitos no período de chuvas em relação aos outros períodos do ano. Na sua opinião, a responsabilidade pela epidemia é de todos, enfatizando a importância da participação da população no combate da mesma. Fez encaminhamento no sentido de que seja formada uma comissão que tenham conhecimento científico, responsabilidade de gestão e de controle social para se discutir medidas que corrijam os erros recorrentes.

Apresentou as seguintes recomendações discutidas junto aos gestores municipais:

- a) evitar a politização do problema da dengue;
- b) difundir em cada município a idéia de coletividade no combate ao mosquito;
- c) utilizar a mídia para massificar informações;
- d) trabalhar a rede escolar pública e privada em todos os níveis: fundamental, médio e superior;
- e) resolver as questões de saneamento básico; e
- f) necessidade de encaminhamento de uma Medida Provisória que conceda poder às autoridades para determinar a entrada nos imóveis fechados para fazer dedetizações.

Concluiu enfatizando a necessidade de criação da comissão e a dificuldade enfrentada no que se refere a questão do financiamento dos recursos humanos, uma vez que o dinheiro destinado ao combate de epidemias ainda não é suficiente.

Conselheiro José Noronha, Coordenador da Mesa, encerrou a apresentação ressaltando a necessidade de redefinição dos papéis e atribuições dos três níveis do governo e na repactuação de estratégias locais,

regionais e estaduais. Solicitou que na próxima reunião da Tripartite o assunto sobre a dengue fosse tratada e que, o Conselho tomasse conhecimento das ações concretas desenvolvidas para combater a epidemia de dengue no País.

ITEM 02 - AVALIAÇÃO DA ATUAL ETAPA DA EXECUÇÃO DO PROJETO DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE E MEMBROS DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Dra. Isabel Maior, Gerente de Projeto - SIS/MS, informou que a proposta inicial da apresentação do projeto objetivava responder todas as solicitações do Conselho Nacional de Saúde, dirigidas à Gerência do Projeto. A seguir, apresentou o histórico do projeto de capacitação de Conselheiros de Saúde e membros do Ministério Público esclarecendo os seguintes pontos:

- a) objetivo geral;
- b) particularidades do projeto de capacitação de Conselheiros e do projeto dos membros do Ministério Público;
- c) instituições consorciadas ao projeto;
- d) recursos destinados ao projeto e o valor total do mesmo;
- e) importância de uma instância de controle social do projeto;
- f) atribuições do comitê de acompanhamento;
- g) importância da participação do Conselho Estadual, Secretaria Estadual e o Ministério Público de cada estado no andamento do projeto;
- h) cronograma das atividades realizadas. A seguir, Prof. Antônio Ivo, Coordenador do Consórcio Executor, destacou os seguintes aspectos operacionais do projeto:
 - a) objetivo;
 - b) metodologia;
 - c) oficinas de trabalho;
 - d) número total de conselheiros a serem capacitados;
 - e) quantidade de monitores responsáveis pelas oficinas de capacitação;
 - f) número de participantes por oficina;
 - g) duração do curso;

h) material utilizado; e

i) obrigações recíprocas entre o consórcio e as entidades.

Conselheira Ana Maria Barbosa, Membro do Comitê de Acompanhamento, falou essencialmente da dificuldade que os Conselheiros têm em aprovar os documentos do Projeto em virtude da falta de discussão prévia e de vários questionamentos com relação ao conteúdo. Sugeriu a participação ativa dos Conselhos Estaduais em todas as etapas do projeto. Conselheira Zênite da Graça de Freitas, Membro do Comitê de Acompanhamento, afirmou que uma série de questões apresentadas na exposição da Dra. Isabel Maior e do Prof. Antônio Ivo não eram do conhecimento do Comitê de Acompanhamento. Tal fato seria resultado do descompasso das atividades do Comitê de Acompanhamento com o Projeto de Capacitação de Conselheiros em si. Segundo a Conselheira, o Comitê de Acompanhamento não pôde analisar a nova versão do subprojeto 1 e 2, apresentado pelo Consórcio, porque o documento não chegara a tempo de ser discutido. Propôs a reativação do Grupo de Acompanhamento do CNS, a articulação entre Consórcio, Comitê e Estado, calendário das ações do projeto, que os esclarecimentos acerca das questões indagadas fossem feitas o mais rápido possível e que o assunto sobre capacitação seja ponto de pauta nas reuniões do CNS.

ITEM 03 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA NOB-RH-SUS

Conselheiro Gilson Cantarino, Coordenador da CIRH/CNS, fez breve apresentação do documento "Princípios e Diretrizes para uma NOB/RH-SUS", esclarecendo que as alterações realizadas no documento, por consenso, não comprometeram o conteúdo das versões apresentadas e discutidas em diversas oficinas de trabalho e na proposta da Conferência Nacional de Saúde. Segundo o Conselheiro, as alterações em muito contribuíram para a redução significativa dos problemas de resistência na área da gestão e foram aprovadas pelo CONASS e CONASEMS. Fez leitura e comentário do novo texto denominado quarta e última versão, contendo as alterações pactuadas na Comissão de Recursos Humanos. O texto foi aprovado, por unanimidade, tendo o Conselheiro Elias Rassi, Representante do MS, elencado alguns destaques em seu voto.

DELIBERAÇÃO

1) A aprovação do documento sobre os princípios e diretrizes da NOB/RH-SUS (VER ANEXOS).

117.ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

RESUMO EXECUTIVO – MARÇO/2002

ABERTURA

Aos seis e sete dias de março de dois mil e dois, na sala de reunião Conselheiro Omilton Visconde, do Conselho Nacional de Saúde, teve início a 117.ª Reunião Ordinária do CNS.

ITEM 01 - ABERTURA, APROVAÇÃO DA ATA E INFORMES

APROVAÇÃO DA ATA:

Transferida a aprovação da ata para a próxima reunião.

INFORMES:

1) Administrativos - Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que:

a) o grupo de Conselheiros para coordenar as reuniões do CNS precisaria ainda de uma melhor articulação para dar início a esse processo;

b) o relatório da mesa-redonda sobre “Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica”, realizada na 116.ª Reunião Ordinária do CNS não seria apresentado, pois estava em fase de consolidação;

c) as diretrizes do CNS para parâmetros assistenciais estavam paçadas e demandariam discussão e deliberação do CNS;

d) a partir da discussão ocorrida na Reunião Extraordinária do CNS sobre a dengue, o plenário, juntamente com a FUNASA, CONASS, CONASEMS e Tripartite, deveria apresentar uma proposta efetiva de combate à dengue;

e) a aplicação da EC n.º 29 estaria requerendo do CNS uma posição mais combativa;

f) as deliberações da 116.ª Reunião Ordinária do CNS foram encaminhadas com antecedência aos Conselheiros;

g) a preocupação dos Conselheiros como a Medida Provisória n.º 33, que transforma a FUNASA em Agência Executiva de Autarquia Especial;

h) as duas Portarias de 1999 que falam sobre a descentralização da FUNASA demandariam análise.

Conselheiros José Carvalho de Noronha e Maria Natividade G. S. T. Santana registraram preocupação com o fato de a discussão da proposta de combate à dengue ser transferida para a reunião de abril.

2) Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia (CICT/CNS) - Conselheiro José Carvalho de Noronha, Coordenador da Comissão, informou que:

a) o MS elaborara a primeira versão de um documento sobre o processo de formulação de uma Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde que deverá ser submetida à consideração da comunidade científica e dos membros da CICT;

b) era desejo da CICT que o CNS aprovasse uma moção para que esse documento tivesse também a participação do Ministério da Educação e do Ministério da Ciência e Tecnologia;

c) a CICT necessitaria de uma autorização de recomposição de sua Comissão até que o MS deliberasse sobre as novas regras de suas Comissões. As duas propostas foram aprovadas.

3) Representação das Entidades Médicas no CNS - Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou aos Conselheiros que as compõem três entidades médicas, segundo Conselheiro Francisco da Chagas Monteiro, estão em pleno entendimento e que na próxima reunião haveria a indicação da entidade para o ano de dois mil e dois no CNS.

4) Andamento de Projetos - Saúde - Conselheiro Sérgio Francisco Piola informou que fora aprovado o projeto de coordenação técnica na área da saúde entre o governo brasileiro e a Inglaterra na área de economia da saúde. A grande meta do projeto é dar subsídios para que os gestores possam ter políticas mais adequadas.

5) Discussão da NOAS no CNS - Conselheiro Mário César Scheffer manifestou preocupação com o fato de a Portaria de publicação da NOAS, em um dos seus itens afirma que a mesma fora aprovada pelo CNS. Como o CNS não aprovara a NOAS, sugeriu uma nota de reuniões.

6) Comissão Intersetorial de Trauma e Violência (CITV/CNS) - Conselheiro José Carvalho de Noronha, Coordenador da Comissão Intersetorial de Trauma e Violência, notificou aos demais Conselheiros sobre a epidemia de mortes violentas no Brasil e sobre o início dos seminários macrorregionais de trauma e violência (VER ANEXOS).

7) Resultados da III Conferência Nacional de Saúde Mental - Dr. Pedro Gabriel prestou esclarecimentos a respeito da III Conferência Nacional de Saúde Mental

e propôs que fossem convidados o Conselho, o CONASS, o CONASEMS e entidades civis para participarem do lançamento do Relatório Final da Conferência que será realizado em abril.

8) Resolução do CNE - Conselheira Maria Natividade G. S. T. Santana informou que fora discutido no FENTAS a Resolução do CNE que trata da educação tecnológica, e foi sugerido encaminhamento para a Comissão de Recursos Humanos e posteriormente ao CNS.

9) Capacitação de Conselheiros de Saúde - Conselheira Ana Maria Lima Barbosa informou que:

a) alguns estados apresentavam problemas pois o Ministério Público não havia indicado os representantes para compor o núcleo estadual ;

b) a primeira turma do curso de especialização estava prevista para começar em maio ; e

c) o Prof. Antônio Ivo pretendia fazer um boletim semanal a fim de que todos os Conselhos tivessem acesso a todas as informações relativas ao andamento do projeto de capacitação.

ITEM 02 - RELATO PARCIAL DO GT PARA FORMULAÇÃO DE EIXOS ESTRATÉGICOS PARA ATUAÇÃO DO CNS (A PARTIR DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CNS)

Conselheira Maria Leda de R. Dantas, Coordenadora do GT, informou sobre as atividades desenvolvidas, enfatizando os seguintes aspectos:

a) avaliação do CNS com vistas à revisão regimental;

b) análise de conjuntura e formulação de propostas para os candidatos à Presidência da República; e

c) implementação das proposições da 11.ª Conferência Nacional de Saúde.

ITEM 03 - RELATO PARCIAL DO GT PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO SUS

Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou sobre:

a) a coordenação do GT, que será feita pelo Conselheiro Sérgio Francisco Piola;

b) os dois documentos básicos produzidos pelos Conselheiros Carlyle Guerra de Macedo e Gysélle Saddi Tannous, envolvendo a avaliação do desenvolvimento do SUS. Lembrou, ainda, de

instituições que pesquisam e produzem conhecimentos de grande relevância para o SUS, que podem contribuir com o trabalho do GT, como IPEA, FIOCRUZ, ENSP, dentre outras.

ITEM 04 - RELATÓRIO SOBRE A MESA-REDONDA "POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA" (REALIZADA NA 116.ª REUNIÃO ORDINÁRIA)

Item não apresentado.

ITEM 05 - RELATÓRIO FINAL DA X PLENÁRIA NACIONAL DE SAÚDE

Primeiramente, o Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos esclareceu que não era prerrogativa do plenário alterar o teor do relatório da Plenária. Em seguida, Conselheira Ana Maria Lima Barbosa disse que, quanto ao formato, o relatório era sucinto, embora apresentasse contribuições como: quadro de delegados, diretrizes para o funcionamento das Plenárias, programação das Plenárias. Falou, ainda, das seguintes propostas: organização e funcionamento das Plenárias - Recursos Humanos, capacitação de Conselheiros.

ITEM 06 - PROPOSTA DE REVISÃO DA RESOLUÇÃO CNS N.º 33/92.

Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos confirmou os membros do GT que vão trabalhar na consolidação do texto final da Resolução CNS n.º 33: Conselheira Maria Leda de R. Dantas, coordenadora; Conselheiro Augusto Alves do Amorim; Conselheiro Francisco da Chagas Monteiro; Conselheiro Carlos Alberto Gebrim Preto; Conselheiro Henrique de Mesquita Barbosa Corrêa; Conselheira Zênite da Graça B. de Freitas e Conselheira Júlia Maria dos Santos Roland.

ITEM 07 - RELATÓRIO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (CIAN/CNS)

Item não apresentado.

ITEM 08 - DIRETRIZES DO CNS PARA PARÂMETROS ASSISTENCIAIS (ATUALIZAÇÃO)

Apresentação da proposta, detalhando os quatro pontos:

a) que os parâmetros assistenciais sejam efetivados implementando as decisões da 11.ª Conferência Nacional de Saúde;

b) que os parâmetros assistenciais não fiquem só na assistência, mas respeitem o convívio com parâmetros de outras áreas do MS;

c) que os parâmetros atendam às realidades regionais;

d) que os parâmetros não sejam só quantitativos, mas também qualitativos.

ITEM 09 - MANIFESTAÇÃO DO CNS SOBRE P.L. QUE CRIA O SESS E O SENASS.

Item não apresentado.

ITEM 10 - ORGANIZAÇÃO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E DE POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

Em razão da solicitação do CONASS ao MS, a Conferência foi adiada para 2003. Assim, o CNS aprovou os seguintes pontos:

a) convocação oficial da Conferência pelo Sr. Ministro da Saúde;

b) designação da comissão organizadora;

c) elaboração do Regimento Interno;

d) definição do número de participantes;

e) definição da data; e

f) continuação do trabalho da Comissão nomeada pelo CNS.

ITEM 11 - DELIBERAÇÕES PENDENTES

Item não apresentado.

ITEM 12 - EVOLUÇÃO DOS MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL (GPSM)

Dra. Ana Luiza Viana, Coordenadora da pesquisa, apresentou pontos relativos à evolução dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, destacando os seguintes objetivos da pesquisa:

1) Avaliar o processo de implementação da gestão plena;

2) Produzir novos conhecimentos sobre processos de descentralização e formular recomendações de políticas;

3) Conhecer as características dos municípios em gestão plena;

4) Conhecer o processo de implantação da gestão plena e conhecer a extensão e os modelos de municipalização e saúde desenvolvidos na gestão plena; e

5) Avaliar comparativamente os municípios em gestão plena dentre outros.

ITEM 13 - COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT)

Dra. Maria Helena Brandão, Diretora do Departamento de Descentralização da SAS, informou que: a) as modificações acordadas na NOAS estavam centradas no comando único do processo de qualificação e na importância do fortalecimento do mecanismo do poder estadual sobre referências; e b) devido a essas alterações, o documento foi publicado como uma nova norma.

ITEM 14 - PROJETO DE LEI N.º 1.377/95 (DEP. EDUARDO JORGE - DISPÕE SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR). SEMINÁRIO CNS-CSSF/CF

Conselheiro Mozart de Abreu e Lima solicitou, em nome da CIST, que o Conselho encaminhasse à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados uma manifestação favorável à urgência na tramitação do Substitutivo ao Projeto de Lei n.º 1.377/95, razão pela qual foi aprovada uma resolução. Também foi aprovada uma recomendação para publicação dos Anais do Seminário sobre Saúde do Trabalhador, realizado em setembro de 2001, na Câmara dos Deputados.

ITEM 15 - COFIN/CNS

Prof. Elias A. Jorge apresentou o relatório da Comissão, destacando os seguintes aspectos:

1) Documentos utilizados na elaboração do relatório;

2) Pontos que merecem destaques;

3) Encargos Financeiros da União - EFU (Juros e Amortização da Dívida Interna e Externa) por se tratar de item condicionante de todos os demais.

Apresentou também o relatório da execução orçamentária e financeira da União, da Seguridade Social e do Ministério da Saúde em 2001 e ressaltou a necessidade de mobilização para que o cumprimento da EC n.º 29 efetue-se. Por fim, apresentou as seguintes sugestões e encaminhamentos da Comissão ao Plenário:

RESOLUÇÕES

1) Que delibere pelo envio de cópia do relatório ao Ministério Público Federal - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) - solicitando análise e providências;

2) Que na Reunião Ordinária de abril, formalize seu posicionamento em relação à EC n.º 29 como um referencial de orientação para acompanhar seu cumprimento no âmbito da União, dos Estados, do DF e dos Municípios;

3) Que aprove o presente relatório e as sugestões nele contidas, e o considere bem como o material de apoio a sua apresentação, como anexos à ata da presente Reunião. Aprovado o relatório e seus anexos.

ITEM 16 - DELIBERAÇÕES PENDENTES E ENCERRAMENTO

Item não apresentado.

EXTRAPAUTA:

1. Aprovada Resolução que mantém a Comissão atual da CICT, até que haja reestruturação do Regimento Interno do CNS. Também aprovada Recomendação ao MS para que articule com os Ministérios da Educação, da Ciência e Tecnologia e outras entidades civis, quando for propor Política Nacional de Ciência e Tecnologia.

2. Por solicitação do Conselheiro Mário César Scheffer foi aprovada uma Moção de apoio às campanhas de prevenção à aids e distribuição gratuita de preservativos.

3. Aprovado GT para auxiliar as Conselheiras Ana Maria Lima Barbosa e Maria Eugênia C. Cury, membros do Comitê de Capacitação de Conselheiros, com a seguinte composição: Conselheiro Artur Custódio M. de Sousa, Conselheira Clair Castilhos Coelho, Conselheira Maria Leda de R. Dantas, Conselheiro Sérgio Luís Magarão, Conselheira Zênite da Graça Freitas, Conselheiro Luiz Gonzaga Araújo.

**TEMA: SAÚDE DO TRABALHADOR
N.º 314, DE 7 DE MARÇO DE 2002.**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 117.ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 6 e 7 de março de 2002, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

a) A Constituição Federal, em seu artigo 7.º, que assegura aos trabalhadores direitos que visem à melhoria de sua condição social, dentre eles, a redução dos riscos inerentes ao trabalho, mediante o estabelecimento de normas de saúde, higiene e segurança.

b) A Constituição Federal, dentro do princípio geral do direito à saúde, que pretendeu garantir, em especial, a proteção à saúde dos trabalhadores, diante da significação que o trabalho tem na sociedade e dos riscos e agravos que este pode acarretar para o trabalhador.

c) Que as questões referentes à saúde dos trabalhadores estão no campo de competência do Sistema Único de Saúde, artigos 198 a 200 da Constituição Federal, cabendo aos órgãos e entidades que o integram responsabilizarem-se pela sua regulação, ações, serviços e fiscalização.

d) A intersetorialidade da área de saúde dos trabalhadores que necessita de um provimento legislativo que venha disciplinar questões jurídico-administrativas conflituosas, fixando as atribuições do setor saúde previstas na Constituição Federal.

e) O resultado do "Seminário Saúde do Trabalhador", realizado em 25 e 26 de setembro de 2001, sob os auspícios da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, com a cooperação do Conselho Nacional de Saúde, que apontou para a regulamentação da área com o objetivo de garantir a proteção integral da saúde dos trabalhadores.

f) A Recomendação n.º 007 deste Conselho, de 14 de setembro de 2000, que identifica a necessidade de tratar a proteção à saúde dos trabalhadores de forma harmônica e orientada em função dos direitos dos mesmos, em um Sistema Operacional que envolva, necessariamente, as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.



RESOLVE:

1. Aprovar manifestação do Plenário do CNS, solicitando à Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados urgência na tramitação do Substitutivo ao Projeto de Lei n.º 1.377/95, dada a relevância de seu conteúdo na regulamentação da execução integrada das políticas governamentais de proteção à Saúde do Trabalhador.

2. Recomendar as entidades representadas no Conselho Nacional de Saúde, o encaminhamento de manifestações no mesmo sentido para a Presidência e membros da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados.

3. Manifestar perante a Presidência da Comissão de Seguridade Social e Família, o interesse na continuidade do assessoramento da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador do CNS ao Deputado relator do Projeto.

BARJAS NEGRI

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS N.º 314, de 7 de março de 2002, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

BARJAS NEGRI

Ministro de Estado da Saúde

TEMA: COMISSÃO INTERSETORIAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA N.º 315, DE 7 DE MARÇO DE 2002

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 117.ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 6 e 7 de março de 2002, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e de acordo com o disposto na alínea e do Parágrafo Único do artigo 6.º do Decreto 99.438/90.

RESOLVE:

I - Recompor, até a aprovação pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde das novas regras de organização de suas comissões e grupos de trabalho, a Comissão Intersectorial de Ciência e Tecnologia (CICT) com os seguintes membros:

- um(a) representante do CONASEMS ou CONASS;

- um(a) representante da CNI da área de fármacos ou equipamentos médico-hospitalares;

- um(a) representante da FIOCRUZ;

- um(a) representante do CNPq;

- um(a) representante da CAPES/MEC;

- um(a) representante da ABRASCO;

- um(a) representante da ABC;

- um(a) representante da Federação das Sociedades de Biologia Experimental (FESBE);

- um(a) representante do Ministério da Saúde, Diretor(a) do Departamento de Ciência e Tecnologia.

II - Participação como assessores nas reuniões, sempre que necessário, um representante da OPS, área de C&T e representantes da ABNT e do IDEC.

III - A CICT terá como finalidade: articular o Sistema Único de Saúde com as instituições responsáveis pela formação dos cientistas e pela produção do conhecimento científico, as agências governamentais responsáveis pelo financiamento da pesquisa, o setor produtivo de tecnologias e insumos para a saúde, e os representantes da sociedade civil, para a formulação das diretrizes e princípios da política nacional de ciência e tecnologia em saúde, visando à definição de prioridades e estabelecimento de mecanismos de avaliação e controle social a serem propostos ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde, órgão responsável pela formulação da política nacional de saúde e pelo controle social no SUS.

IV - Fica revogada a Resolução n.º 294, de 8 de julho de 1999.

BARJAS NEGRI

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS n.º 315, de 7 de março de 2002, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

BARJAS NEGRI

Ministro de Estado da Saúde



MOÇÕES

TEMA: COMBATE E PREVENÇÃO ÀS DSTs/AIDS
N.º 001, DE 6 DE MARÇO DE 2002.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 117.ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 6 e 7 de março de 2002, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

a) a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, da Moção n.º 005 de 2000, que manifesta apoio às ações e campanhas de prevenção das DSTs e aids, incluindo a política de distribuição gratuita de preservativos.

b) a ampliação do acesso da população brasileira aos preservativos nos últimos anos, com impacto positivo no controle da epidemia da aids, que hoje atinge diretamente 600.000 brasileiros infectados pelo HIV.

c) a importância do preservativo, comprovado cientificamente como um dos meios eficazes de prevenção da infecção pelo HIV nas relações sexuais, aliado a outras imprescindíveis ações de educação sexual e de natureza informativa e educativa.

d) posicionamentos públicos, a exemplo de recente matéria divulgada na Revista Veja, questionando a eficácia do preservativo no controle da transmissão sexual do vírus da aids

VEM A PÚBLICO:

1. Reiterar a manifestação pública deste Conselho, em julho/2000, favorável às campanhas de prevenção à aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) do Sistema Único de Saúde, incluindo a distribuição gratuita de preservativos, insumo imprescindível de saúde pública.

2. Alertar sobre possíveis conseqüências negativas de posições contrárias ao uso e à eficácia do preservativo, inclusive falseando evidências científicas. Tais posicionamentos colocam em risco a saúde da população e os esforços do Ministério da Saúde e da sociedade organizada, que têm implementado campanhas de massa a favor do uso do preservativo nas relações sexuais como forma de impedir a infecção pelo HIV.

3. Solidarizar-se e somar esforços com entidades da sociedade que defendem publicamente o uso do preservativo como um dos meios eficazes para preservar a vida ao conter a propagação do HIV.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 117.ª Reunião Ordinária.

RECOMENDAÇÕES

TEMA: SAÚDE DO TRABALHADOR
N.º 001, DE 7 DE MARÇO DE 2002.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 117.ª Reunião Ordinária, realizada no dias 6 e 7 de março de 2002, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, considerando:

1. A realização do "Seminário Saúde do Trabalhador", em 25 e 26 de setembro de 2001, sob os auspícios da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, com a cooperação do Conselho Nacional de Saúde, que teve como objetivo reunir subsídios para o aperfeiçoamento do Projeto de Lei n.º 1.377, de 1995, com vistas a propor uma política harmônica e integrada das ações de proteção à saúde dos trabalhadores.

2. O significado histórico deste Seminário que após a realização da 2.ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 1994, trouxe reflexões, debates e proposições importantes sobre a política nacional de proteção à saúde dos trabalhadores no que diz respeito aos riscos e agravos decorrentes do trabalho, incluindo uma proposta de regulamentação que define competências e responsabilidades do setor Saúde e demais setores, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

RECOMENDA:

A Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde adotar medidas administrativas necessárias para a produção dos Anais do referido Seminário, levando em consideração a relatoria realizada pela Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST), deste Conselho, como forma de preservar a memória do processo de conquista ao direito à saúde pelos trabalhadores, com relação à proteção aos riscos e agravos decorrentes dos ambientes, condições e processos de trabalho.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 117.ª Reunião Ordinária.

TEMA: CIÊNCIA E TECNOLOGIA
N.º 002, DE 7 DE MARÇO DE 2002

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 117.ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 6 e 7 de março de 2002, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de

19 de setembro de 1990 e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e de acordo com o disposto na alínea e do Parágrafo Único do Artigo 6.º do Decreto 99.438/90, considerando:

a) A finalidade da Comissão Intersectorial de Ciência e Tecnologia (CICT) é de articular o Sistema Único de Saúde, com as instituições responsáveis pela formação dos cientistas e pela produção do conhecimento científico, as agências governamentais responsáveis pelo financiamento da pesquisa, o setor produtivo de tecnologias e insumos para a saúde, e os representantes da sociedade civil, para a formulação das diretrizes e princípios da política nacional de ciência e tecnologia em saúde, visando à definição de prioridades e estabelecimento de mecanismos de avaliação e controle social a serem propostos ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde, órgão responsável pela formulação da política nacional de saúde e pelo controle social no SUS;

b) resoluções da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde realizada em 1994;

c) As proposições da Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação promovida pelo Ministério da Ciência e Tecnologia em 2001;

d) Que o processo de elaboração de uma Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde requer a ativa participação de todos agentes governamentais envolvidos no processo de gestão e fomento das ações de ciência e tecnologia em saúde.

RECOMENDA:

1. O Ministério da Saúde efetuar, durante o processo de elaboração da proposta de Política de Ciência e Tecnologia em Saúde a ser submetida a apreciação do Conselho Nacional de Saúde, ampla consulta com as agências e órgãos de governo envolvidos diretamente no campo, em particular, com o Ministério da Educação e com o Ministério da Ciência e Tecnologia;

2. Promover reuniões e amplas consultas aos membros da comunidade científica, tecnológica e empresarial, para absorver os insumos necessários para aprimorar formulação da proposta;

3. Considerar a realização da II Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, já convocada pelo Conselho Nacional de Saúde, para o segundo semestre de 2003.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 117.ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 6 e 7 de março de 2002.

118.ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS RESUMO EXECUTIVO – ABRIL/2002

ABERTURA

Aos três e quatro dias de abril de dois mil e dois, na sala de reunião Conselheiro Omilton Visconde, do Conselho Nacional de Saúde, realizou-se a 118.ª Reunião Ordinária do CNS.

ITEM 01 - ABERTURA, APROVAÇÃO DA ATA E INFORMES

APROVAÇÃO DA ATA:

Aprovadas a Ata da 116.ª Reunião do CNS, a Ata da 21.ª Reunião Extraordinária do CNS, e a Ata da 117.ª Reunião Ordinária do CNS, considerando observações da Conselheira Gysélle Saddi Tannous, Entidades Nacionais dos Portadores de Patologias e Deficiências, e Conselheira Maria Leda de R. Dantas, Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas.

INFORMES:

1) **Administrativos** - Senhor Otavio Mercadante, Secretário Executivo do MS, informou que:

a) a presença da Secretaria Executiva na coordenação das reuniões do CNS seria mais constante;

b) no Dia Mundial da Saúde, cinco de abril de dois mil e dois, seria lançado o movimento Agita Mundo em São Paulo.

Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que:

a) o Secretário de Segurança Pública do Ministério da Justiça não poderá comparecer à reunião, porém enviará representante;

b) encontrava-se na pasta dos Conselheiros material com proposta de seis recomendações da CIST e uma recomendação da CISMU que deveriam ser lidas com atenção para posterior deliberação;

c) a mesa-redonda a respeito do controle de tuberculose fora transferida para o mês de maio de 2002 em virtude da impossibilidade de agendar todos os participantes;

d) o Despacho do TCU favorável à aplicação da EC n.º 29, com aprovação explícita do cálculo da base móvel deveria ser lido com muita atenção por representar uma vitória da militância do SUS;

e) a partir da discussão da NOAS no Plenário fora feito um apanhado síntese das mudanças da NOAS 2001 para a NOAS 2002;

f) as disputas internas das entidades devem ser discutidas e arbitradas em seus respectivos fóruns, não podendo o CNS envolver-se com questões dessa natureza. Tendo em vista a discussão suscitada no Plenário do caso da CONAM, o assunto foi transformado em ponto de pauta;

g) em virtude dos problemas com o agenciamento das passagens aéreas vivenciados por vários Conselheiros, a Secretaria de Assuntos Administrativos interveio na relação com a empresa a fim de que os problemas não se repitam.

2) Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH/CNS) - Conselheiro Gilson Cantarino O'Dwyer prestou esclarecimentos acerca das atividades da CIRH/CNS, realizadas na reunião de março e ressaltou a necessidade de o Plenário designar outro coordenador, em virtude de sua saída da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos, a propósito, informou que a reunião com o Conselho Nacional de Educação (CNE) foi muito rica e produtiva e fora combinado a presença da presidência relatora do CNE, especialmente da Câmara do Ensino Médio, em uma das reuniões do CNS a fim de discutir questões relevantes.

3) Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS) - Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos falou a respeito de matéria publicada no Correio Braziliense, tratando de ética em pesquisa e esclareceu que o Conselheiro William Saad Hossne respondeu de imediato as incorreções e dúvidas suscitadas do artigo. Concluiu esclarecendo que a xerox da matéria e o ofício resposta estavam nas pastas para que os Conselheiros tomassem conhecimento do assunto.

4) GT da Revisão da Resolução n.º 33/92 - Conselheira Maria Leda de R. Dantas, Coordenadora do GT de Revisão da Resolução n.º 33/92, prestou esclarecimentos sobre o andamento das atividades do GT. Disse que, apesar de o trabalho estar bem encaminhado, seria necessário mais um mês para o GT apresentar um documento mais conclusivo ao Plenário.

5) GT da Atualização do Regimento Interno/CNS - Conselheiro Solon Magalhães Viana, Membro do GT da Atualização do Regimento Interno/CNS, prestou esclarecimentos sobre as atividades realizadas na reunião do GT, dizendo que a proposta final, provavelmente, seria apresentada ao Plenário, na reunião de julho.

6) Acompanhamento do Projeto de Capacitação de Conselheiros e de Membros do Ministério Público - Conselheira Ana Maria Lima Barbosa prestou contas sobre as duas reuniões do GT e os resultados das mesmas e informou que haverá uma reunião do GT com o consórcio no mês de abril. Por fim, sugeriu que o Conselheiro Luiz Gonzaga de Araújo fique como Coordenador do GT. Conselheira Maria Eugênia C. Cury justificou a sua ausência na reunião do GT e destacou a importância do Grupo na aprovação de documentos. Conselheira Gysélle Saddi Tannous sugeriu que o assunto fosse permanentemente pautado.

7) Prestação de Contas da Comissão Organizadora da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária - Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que havia material disponível na pasta, referente à prestação de contas da Comissão Organizadora da Conferência Nacional de Vigilância. Disse que não seria possível maiores esclarecimentos devido a ausência do Dr. Eduardo Nakamura.

8) CNS na Internet: Item não apresentado.

EXTRAPAUTA:

a) conselheiro Olympio Távora Corrêa apresentou matéria do Jornal Estado de São Paulo noticiando que o SUS repassaria uma verba maior para os presos do Brasil. Destacou o valor per capita nacional do SUS e valor per capita mensal destinado aos presos. Por fim, pediu esclarecimentos a Secretaria Executiva acerca do assunto.

b) conselheira Gysélle Saddi Tannous prestou esclarecimentos sobre o GT responsável por acompanhar a implementação e publicação da Política da Pessoa Portadora de Deficiência, ressaltando o seu objetivo. Enfatizou grande dificuldade na publicação da Política da Pessoa Portadora de Deficiência e propôs deliberação pedindo providências a esse respeito.

c) conselheiro José Carvalho de Noronha prestou esclarecimentos acerca da Comissão de Trauma e Violência e pediu mobilização dos Conselheiros em apoio e estímulo a realização dos seminários macrorregionais. Informou ao Conselho as datas dos seminários macrorregionais da Região Sudeste e Região Nordeste.

d) conselheiro Cláudio Duarte prestou esclarecimentos ao questionamento do Conselheiro Olympio Távora Corrêa sobre o lançamento de um Plano Nacional para Atenção Integral à População

Presidência. Informou, também, que os Ministros da Saúde e da Educação assinaram, na semana passada, uma portaria instituindo o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos Médios e que os documentos foram submetidos à Coordenação de Política e à Coordenação de Recursos Humanos.

ITEM 02 - PLANO NACIONAL DE COMBATE À VIOLÊNCIA

Major Miguel Libório prestou esclarecimentos a respeito do Plano Nacional de Segurança Pública, destacando os seguintes aspectos: a) lema; b) objetivo; c) lançamento: 20 de julho de 2000; d) preocupação; e) ênfase; f) medidas de integração; g) compromissos; h) ações; i) responsabilidade das ações; j) recursos; e l) resultados.

ITEM 03 - CONTINUAÇÃO DOS INFORMES

Item não apresentado.

ITEM 04 - RELATO DA MESA "ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA"

Conselheiro Mozart de Abreu e Lima fez um relato da Mesa-Redonda sobre Assistência Farmacêutica, destacando colocações dos componentes. Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos solicitou que o Conselheiro Mozart de Abreu e Lima articule-se com alguns Conselheiros a fim de apresentar uma redação preliminar de Resolução a ser voltada pelo Plenário no mês de maio.

ITEM 05 - ORGANIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Conselheira Clair Castilhos Coelho apresentou resultados da negociação com o Ministério da Saúde a fim de superar os entraves existentes para realização da 1.ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e pediu autorização para que a Comissão continue com as negociações junto ao MS. Apresentou proposta de encaminhamento que foi aprovada por unanimidade.

ITEM 06 - RELATÓRIOS PARCIAIS DOS GTs/CNS

1) "EIXOS ESTRATÉGICOS PARA O CNS" - Conselheira Gysélle Saddi Tannous apresentou os seguintes eixos estratégicos como propostas do Grupo de

Trabalho de Avaliação de Desempenho do CNS para 2002:

a) Avaliação Permanente do Funcionamento do CNS; b) análise da conjuntura para constituição da agenda;

b) implementação das deliberações da 11.ª Conferência Nacional de Saúde.

2) "ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DO SUS" - Conselheiro Sérgio Francisco Piola apresentou os objetivos do GT:

a) curto prazo - elaboração de documentos que reafirmem os princípios e diretrizes do SUS;

b) médio prazo - proposição de um processo de monitoramento e desenvolvimento do SUS.

ITEM 07 - DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA O COMBATE DO Aedes Aegypti, À DENGUE E FEBRE AMARELA. PROPOSTA DE DELIBERAÇÃO DO CNS

Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos apresentou a proposta de Resolução com diretrizes e estratégias para o combate ao Aedes aegypti, à dengue e febre amarela que foi submetida à apreciação do Plenário. Após exaustiva discussão, foram propostas sugestões que serão incorporadas ao documento que será submetido novamente à aprovação pelo plenário.

ITEM 08 - REFERENCIAIS PARA A APLICAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29. PROPOSTA DE DELIBERAÇÃO DO CNS

Conselheiro Carlyle Guerra de Macedo apresentou proposta de Resolução sobre Referenciais para Aplicação da Emenda Constitucional n.º 29, que após incorporadas as considerações dos Conselheiros, foi aprovada por unanimidade.

ITEM 09 - COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

RESUMO EXECUTIVO DA ÚLTIMA REUNIÃO E ACOMPANHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA NOAS - 02

Item não apresentado.

RELATÓRIO FINAL DO GT DE "PARÂMETROS ASSISTENCIAIS"

Conselheiro Carlos Alberto Gebrim Preto apresentou documento propondo Atualização dos Parâme-

tros Assistenciais do SUS em substituição a Portaria n.º 3.046/82. Submeteu o documento a apreciação do Conselho e, após votação, foi aprovado.

ITEM 10 - PARECER DO GT/CNS "RELATÓRIO FINAL DA 10.ª PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE"

Item não apresentado.

ITEM 11 - RELATÓRIO DA COFIN/CNS

Professor Elias A. Jorge apresentou relatório da COFIN/CNS que foi aprovado, por unanimidade, pelo Plenário.

ITEM 12 - CONTINUAÇÃO DE TEMAS DA MANHÃ

Item não apresentado.

ITEM 13 - DELIBERAÇÕES PENDENTES E ENCERRAMENTO EXTRAPAUTA:

1) A pedidos, a questão da disputa interna da CONAM foi transformada em ponto de pauta. Após esclarecimentos e exaustiva discussão, chegou-se ao seguinte encaminhamento: até que haja manifestação jurídica ou na coordenação, o Plenário decide manter Conselheiro Edmundo Ferreira Fontes na coordenação da CONAM.

2) Houve uma rodada de agradecimentos ao Conselheiro Gilson Cantarino O'Dwyer como representante do CONASS.

3) Tendo em vista a grande dificuldade de participar das discussões do Plenário, o Conselheiro Climério da Silva Rangel Júnior pediu autorização do Conselho para ter um acompanhante. Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos, em acordo com os Conselheiros, disse que a solicitação do Conselheiro Climério da Silva Rangel Júnior seria atendida de imediato.

4) CRIAÇÃO DE UMA NOVA AGÊNCIA EPIDEMIOLÓGICA - a maioria do colegiado do CNS manifestou-se contrária à proposta de Medida Provisória que transformou a FUNASA em Agência. Após discussão, o CNS deliberou que houvesse articulação junto ao Congresso no sentido de transformar a Medida Provisória em Projeto de Lei.

5) Propostas de pauta para a Reunião Ordinária do mês de maio:

a) Relatório Final da III Conferência de Saúde Mental;

b) grupo de Acompanhamento de Hanseníase e Tuberculose;

c) médicos estrangeiros que trabalham no Brasil;

d) relatório da Política Nacional de Deficientes;

e) relatório do Grupo de Humanização; e VI) cartão SUS.

RESOLUÇÕES

TEMA: FINANCIAMENTO DO SUS/ EC N.º 29 N.º 316, DE 4 DE ABRIL DE 2002.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Décima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de abril de 2002, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e conforme estabelecido no artigo 77, § 3.º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), considerando:

a) a promulgação da Emenda Constitucional n.º 29, em 13 de setembro de 2000, vinculando os recursos orçamentários da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados obrigatoriamente em ações e serviços públicos de saúde;

b) serem os dispositivos da Emenda Constitucional n.º 29 auto-aplicáveis;

c) a necessidade de esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar sua perfeita aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da Lei Complementar a que se refere o § 3.º do artigo 198 da Constituição Federal;

d) a necessidade de haver ampla discussão pública para a elaboração da Lei Complementar prevista no § 3.º do artigo 198 da Constituição Federal, de forma a disciplinar os dispositivos da Emenda Constitucional n.º 29;

e) os esforços envidados pelos gestores do SUS, com a realização de amplas discussões e debates sobre a implementação da Emenda Constitucional n.º 29, com o intuito de promover a aplicação uniforme e harmônica dos ditames constitucionais;

f) as discussões realizadas pelo grupo técnico formado por representantes do Ministério da Saúde, do Ministério Público Federal, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado e da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (ATRICON), resultando na elaboração do documento Parâmetros Consensuais Sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional 29; e

g) os subsídios colhidos nos seminários sobre a Operacionalização da Emenda Constitucional 29, realizados em setembro e dezembro de 2001, com a participação de representantes dos Tribunais de Contas dos Estados, dos Municípios e da União, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

RESOLVE:

Aprovar as seguintes diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000:

DA BASE DE CÁLCULO PARA DEFINIÇÃO DOS RECURSOS MÍNIMOS A SEREM APLICADOS EM SAÚDE

Primeira Diretriz: A apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, de que tratam o art. 198, § 2.º da Constituição Federal e o art. 77 do ADCT, dar-se-á a partir das seguintes bases de cálculo:

I - Para a União, até o ano de 2004, o montante efetivamente empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo.

II - Para os Estados:

- a) Total das receitas de impostos de natureza estadual;
 - ICMS, IPVA, ITCMD
- b) (+) Receitas de transferências da União:
 - Quota-Parte do FPE
 - Cota-Parte do IPI – Exportação

– Transferências da Lei Complementar n.º 87/96 (Lei Kandir)

- c) (+) Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF);
- d) (+) Outras receitas correntes;
 - Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.
- e) (-) Transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios;
 - ICMS (25%)
 - IPVA (50%)
 - IPI – Exportação (25%)
 - (=) Base de Cálculo Estadual

III - Para os Municípios:

- a) Total das receitas de impostos municipais:
 - ISS, IPTU, ITBI
- b) (+) Receitas de transferências da União:
 - Quota-Parte do FPM
 - Quota-Parte do ITR
 - Quota-Parte da Lei Complementar n.º 87/96 (Lei Kandir)
- c) (+) Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF);
- d) (+) Receitas de transferências do Estado:
 - Quota-Parte do ICMS
 - Quota-Parte do IPVA
 - Quota-Parte do IPI – Exportação
- e) (+) Outras Receitas Correntes;
 - Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.
- f) (=) Base de Cálculo Municipal.

IV - Para o Distrito Federal:

Base de Cálculo Estadual	Base de Cálculo Municipal
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simplex	ISS
Imposto de Renda Retido na Fonte	ITBI
Quota-parte FPE	Quota-parte FPM
Quota-parte IPI - exportação (75%)	Quota-parte IPI - exportação (25%)
Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (75%)	Quota-parte ITR
Dívida Ativa Tributária de Impostos	Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (25%)
Multas, juros de mora e correção monetária	Dívida Ativa Tributária de Impostos
	Multas, juros de mora e correção monetária

DOS RECURSOS MÍNIMOS A SEREM APLICADOS EM SAÚDE

Segunda Diretriz: Para a União, a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, no período do ano de 2001 até 2004, a que se refere o art. 77, II, b, do ADCT, deverá ser observado o seguinte:

a) a expressão o valor apurado no ano anterior, previsto no art. 77, II, b, do ADCT, é o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, desde que garantido o mínimo assegurado pela Emenda Constitucional, para o ano anterior;

b) em cada ano, até 2004, o valor apurado deverá ser corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano em que se elabora a proposta orçamentária (a ser identificada no ano em que se executa o orçamento).

Terceira Diretriz: Para os Estados e os Municípios, até o exercício financeiro de 2004, deverá ser observada a regra de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação, prevista no art. 77, do ADCT.

§ 1.º Os entes federados cujo percentual aplicado em 2000 tiver sido não superior a sete por cento deverão aumentá-lo de modo a atingir o mínimo previsto para os anos subseqüentes, conforme o quadro abaixo.

Percentuais Mínimos de Vinculação		
Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

§ 2.º Os entes federados que em 2000 já aplicavam percentuais superiores a sete por cento não poderão reduzi-lo, retornando aos sete por cento. A diferença entre o efetivamente aplicado e o percentual final estipulado no texto constitucional deverá ser abatida na razão mínima de um quinto ao ano, até 2003, sendo que em 2004 deverá ser, no mínimo, o previsto no art. 77 do ADCT.

Quarta Diretriz: O montante mínimo de recursos a serem aplicados em saúde pelo Distrito Federal deverá ser definido pelo somatório (i) do percentual de vinculação correspondente aos estados aplicado sobre a base estadual definida na primeira diretriz com (ii) o percentual de vinculação correspondente aos municípios aplicado sobre a base municipal definida na primeira diretriz, seguindo a regra de progressão prevista no art. 77 da ADCT, conforme abaixo demonstrado:

Ano	Montante Mínimo de Vinculação
2000	$0,07 \times \text{Base Estadual} + 0,070 \times \text{Base Municipal}$
2001	$0,08 \times \text{Base Estadual} + 0,086 \times \text{Base Municipal}$
2002	$0,09 \times \text{Base Estadual} + 0,102 \times \text{Base Municipal}$
2003	$0,10 \times \text{Base Estadual} + 0,118 \times \text{Base Municipal}$
2004	$0,12 \times \text{Base Estadual} + 0,150 \times \text{Base Municipal}$

Parágrafo Único: Aplica-se ao Distrito Federal o disposto no § 2.º da Terceira Diretriz.

DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional n.º 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2.º, da Constituição Federal e na Lei n.º 8.080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I - sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

III - sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

Parágrafo Único – Além de atender aos critérios estabelecidos no *caput*, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do art. 77, § 3.º do ADCT.

Sexta Diretriz: Atendido ao disposto na Lei 8.080/90, aos critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;

II - vigilância sanitária;

III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;

IV - educação para a saúde;

V - saúde do trabalhador;

VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;

VII - assistência farmacêutica;

VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;

IX - capacitação de recursos humanos do SUS;

X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;

XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;

XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;

XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;

XIV - atenção especial aos portadores de deficiência;

XV - ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

§ 1.º No caso da União, excepcionalmente, as despesas com ações e serviços públicos de saúde da União financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

§ 2.º No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1.º/1/2000 para custear ações e serviços públicos de saúde, excepcionalmente, poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

Sétima Diretriz: Em conformidade com o disposto na Lei 8.080/90, com os critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC n.º 29, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a:

I - pagamento de aposentadorias e pensões;

II - assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);

III - merenda escolar;

IV - saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V - limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

VI - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não-governamentais;

VII - ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

VIII - ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na primeira diretriz.

§ 1 No caso da União, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para custear ações e serviços públicos de saúde, não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

§ 2 No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

DOS INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

Oitava Diretriz: Os dados constantes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS) serão utilizados como referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo Único: Os Tribunais de Contas, no exercício de suas atribuições constitucionais, poderão, a qualquer tempo, solicitar, aos órgãos responsáveis pela alimentação do sistema, retificações nos dados registrados pelo SIOPS.

Nona Diretriz: O Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), criado pela Portaria Interministerial n.º 1.163, de outubro de 2000, do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República, divulgará as informações relativas ao cumprimento da Emenda Constitucional n.º 29 aos demais órgãos de fiscalização e controle, tais como o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, o Ministério Público Federal e Estadual, os Tribunais de Contas da União, dos Estados e Municípios, o Senado Federal, a Câmara dos Deputados, as Assembleias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal e as Câmaras Municipais.

Décima Diretriz: Na hipótese de descumprimento da EC n.º 29, a definição dos valores do exercício seguinte não será afetada; ou seja, os valores mínimos serão definidos tomando-se como referência os valores que teriam assegurado o pleno cumprimento da EC n.º 29 no exercício anterior. Além disso, deverá haver uma suplementação orçamentária no exercício seguinte, para compensar a perda identificada, sem prejuízo das sanções previstas na Constituição e na legislação.

BARJAS NEGRI

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS n.º 316, de 4 de abril de 2002, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

BARJAS NEGRI

Ministro de Estado da Saúde

RECOMENDAÇÕES

TEMA: VIGILÂNCIA SANITÁRIA N.º 003, DE 4 DE ABRIL DE 2002

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 118.ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de março de 2002, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e de acordo com o disposto na alínea e do Parágrafo Único do artigo 6.º do Decreto 99.438/90, considerando:

a) a reconhecida necessidade do Ministério da

Saúde prosseguir nos esforços com vistas à modernização e adequação da sua estrutura organizacional e do seu modelo de gestão, sob os princípios e diretrizes legais do SUS;

b) a reconhecida relevância e complexidade do disposto na MP n.º 33/2002, que cria a Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças e do Sistema Nacional de Epidemiologia, Saúde Ambiental e Saúde Indígena, expressa em questões que requerem melhor formulação e equacionamento, com destaque a:

“ responsabilidades de Estado que devem permanecer ao nível central do Ministério da Saúde;

“ responsabilidades e competências das três esferas de Governo, nos três níveis de Direção Única do SUS, que devem nesta instância serem efetivadas, conforme dispõe a Lei n.º 8.080/1990;

“ âmbito da justificação e decisão para Decreto do Estado de Emergência Epidemiológica, sob o ângulo técnico, jurídico-legal e de representação;

“ pertinência e relevância da configuração de órgão colegiado de representação dos setores envolvidos na estrutura organizacional da Agência em criação;

c) a ausência do caráter de urgência e/ou excepcionalidade, a ponto de justificar o processo através de Medida Provisória, havendo a opção mais adequada para o mesmo objetivo, que é o Projeto de Lei, mesmo que em caráter de urgência.

d) a responsabilidade do Conselho Nacional de Saúde de contribuir para o aprimoramento da Gestão do Ministério da Saúde, inclusive ao não posicionar-se, para efeito da presente recomendação, quanto aos conteúdos e méritos de aspectos da MP n.º 33/2002.

RECOMENDA

Ao Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde e às lideranças parlamentares do Congresso Nacional, as iniciativas pertinentes para a transformação da MP n.º 33/2002, em Projeto de Lei.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 118.ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de março de 2002.

DELIBERAÇÕES

TEMA: PARÂMETROS ASSISTENCIAIS DO SUS N.º 008, DE 4 DE ABRIL DE 2002

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 118.ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de abril de 2002, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

1. A obsolescência dos parâmetros expressos na Portaria MPAS 3.046/1982, na vigência do hospitalocentrismo, com decorrente aviltamento ambulatorial e mais ainda da Atenção Básica à Saúde.

2. Os insuficientes mas reconhecidos avanços da NOB 93, NOB 96, e agora da NOAS, no controle do hospitalocentrismo e estímulo à resolutividade ambulatorial e da Atenção Básica, permanecem sob pressão dos interesses hospitalocêntricos.

3. A proposta enviada ao CNS pela SAS/MS, de 8.12.2000, de atualização dos parâmetros e as decorrentes recomendações do CNS, de 7.3.2001.

4. A nova versão da SAS/MS, de 1.º.2.2002, aprimorada após consulta pública e a continuidade da pertinência das recomendações do CNS.

5. O início da implementação da NOAS, incluindo a Programação Pactuada Integrada (PPI) e os Planos Diretores de Regionalização (PDR), sob as Diretrizes de Regionalização dos Serviços de Saúde, elaboradas pelo CNS e encaminhadas à Comissão Intergestores Tripartite.

6. A atuação do Grupo de Trabalho/CNS em 2002, para avaliar o Desenvolvimento do SUS.

DELIBERA

1. Aprovar preliminarmente a aplicação dos parâmetros propostos pela SAS/MS, de forma vinculada ao cumprimento dos seguintes quesitos:

1.1 Observância na formulação e aplicação dos parâmetros assistenciais, das proposições da 11.ª Conferência Nacional de Saúde, em especial, as constantes no capítulo “Fortalecimento dos Princípios Organizacionais do SUS e seus Mecanismos de Gestão: Descentralização, Regionalização e Hierarquização”;

ANEXOS

1.2 Efetivação das necessárias articulações com as demais estruturas do MS, visando à compatibilização dos parâmetros assistenciais e as demais atividades de saúde a nível nacional, evitando o desperdício de recursos;

1.3 Efetivação da adequação dos parâmetros assistenciais (médias nacionais) às realidades regionais, conforme as Diretrizes de Regionalização do CNS e da configuração de regiões de saúde sinalizada na NOAS 2002; e

1.4 Efetivação da complementação dos parâmetros assistenciais quantitativos, com parâmetros qualitativos, por exemplo: resolutividade das ações de saúde, perfil dos recursos humanos (capacitação, carga de trabalho, processo de trabalho, etc.), grau de utilização da capacidade instalada, porcentagem de ações tecnicamente desnecessárias, impactos na saúde da população e outras.

2. Estabelecer acompanhamento conjunto da implementação dos itens anteriores, através de Grupo de Trabalho especial do CNS e Técnicos da SAS/MS.

3. Informar permanentemente os Conselhos de Saúde sobre os resultados do acompanhamento referido no item anterior.

4. Articulação com os CES visando à composição de Grupo de Trabalho Especial em cada Unidade Federada, integrado por membros do CES e da CIB, com a finalidade de promover, avaliar e acompanhar a configuração das regiões de saúde e a adequação e/ou criação de parâmetros regionais, a partir da aplicação dos parâmetros nacionais.

5. Aprovar em caráter vinculado, a implementação dos itens anteriores, os parâmetros propostos pela SAS/MS e as decorrentes alterações que se fizerem necessárias.

6. Revogação da Portaria MPAS 3.043/1982.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 118.ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de abril de 2002.

ANEXO I

I - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES PARA A NOB/RH-SUS*

APRESENTAÇÃO

Nos últimos anos, mais precisamente na última década, os atores sociais envolvidos com as questões de saúde no Brasil vêm desenvolvendo um processo de ampla participação da sociedade na definição das políticas para o setor, no sentido de reorganizar as ações e serviços de saúde, na busca de assegurar a cobertura universal e equânime da promoção, da proteção e da recuperação da saúde da população brasileira. Deste modo, os Princípios e Diretrizes Para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) constitui-se em mais um dos instrumentos produzidos a partir da participação da sociedade organizada, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, recolocando a importância do trabalho para o sistema, a necessidade da valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor Saúde.

A decisão do Conselho Nacional de Saúde de organizar a Oficina de Recursos Humanos para o SUS, partiu da necessidade de sistematizar o acúmulo de produções e experiências dos órgãos gestores e das instâncias de controle social do SUS, nas tentativas de se definirem mecanismos e instrumentos mais adequados para a gestão do trabalho no SUS, apresentando uma possibilidade mais efetiva e operacional.

Nesse sentido, ressaltamos a edição da Portaria GM 830, de 20 de junho de 1990, do Ministério da Saúde, que constituiu Comissão Especial para Planos de Carreira, Cargos e Salários para o Sistema Único de Saúde; a Resolução de número 12, aprovada na reunião ordinária dos dias 2 e 3 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde, que estabeleceu "Orientações Gerais para o Plano de Carreira, Cargos e Salários para os Estados, Municípios e Distrito Federal"; os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos para o SUS; os trabalhos desenvolvidos pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e pela Mesa Nacional de Negociação do SUS que, de algum modo, influenciaram na implementação de políticas de recursos humanos em experiências isoladas, mas que não se efetivaram como política nacional para a gestão do trabalho no SUS.

A decisão de elaborar os “Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS” foi tomada entre a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e a Mesa Nacional de Negociação do SUS, baseadas em deliberação da X Conferência Nacional de Saúde, pela demonstração da efetividade e unificação normativa dos procedimentos de gestão, no processo de descentralização da gestão do sistema, através do instrumento Norma Operacional Básica (NOB).

Em 1998, elaborou-se uma primeira versão preliminar do documento “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS”, que foi divulgada pelo CNS em novembro do mesmo ano (1.ª edição) após ser colocada em discussão entre vários especialistas convidados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), na “Oficina Nacional de Trabalho sobre Recursos Humanos para o SUS”, que aconteceu em Goiânia, nos dias 16 e 17/11/98.

A segunda versão, publicada em maio/2000 (2.ª edição), foi o resultado deste processo. Ou seja, da soma do produto do trabalho das Comissões do Conselho Nacional de Saúde com a contribuição dos convidados para a Oficina Nacional de Recursos Humanos, realizada em Goiânia.

Esse documento contém um título que trata da “Fundamentação” para o estabelecimento de princípios e diretrizes para uma NOB/RH-SUS e um segundo título que trata dos “Conceitos Básicos” nela existentes.

O terceiro título, “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS”, como especificado no sumário, inclui itens que, normalmente, representam os principais problemas em relação à gestão do trabalho no dia-a-dia da gestão do sistema.

Reservamos um título especialmente para tratar dos “Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS”, considerado como uma questão estratégica para a Gestão do Trabalho.

“Princípios e Diretrizes da Política de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS” foi entendida como uma questão de extrema importância, considerando-se a falta de regulamentação existente até hoje sobre o tema. O quinto título tem essa finalidade.

O sexto título trata dos “Princípios e Diretrizes para o Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS”. É importante ressaltar que talvez seja este um dos itens de maior dificuldade para o exercício do controle social do Sistema de Saúde. Normalmente, faltam dados e informações necessários à disposição dos

Conselhos de Saúde para nortear o exercício de suas funções, o que muitas vezes inviabiliza a atuação nesse campo. Esses princípios e diretrizes para a NOB definem alguns itens fundamentais para a atuação dos Conselhos de Saúde.

O sétimo título trata das “Siglas Utilizadas no Documento”.

Além do produto da Oficina realizada em Goiânia (a segunda versão), foram definidos alguns encaminhamentos para dar continuidade ao processo de discussão e elaboração da terceira versão de “Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS”:

1. Encaminhar, formalmente, a segunda versão do documento ao Ministério da Saúde;

2. Divulgá-lo por meio dos instrumentos de comunicação do Conselho Nacional de Saúde (CNS): Conferência Nacional de Saúde On-Line, Home Page do CNS, Jornal do CNS e o Boletim do CNS;

3. Realizar seminários temáticos ou de todo o documento nos Estados, no decorrer de 1999;

4. Introduzir a temática de Recursos Humanos nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde, visando à discussão desse documento no decorrer de 1999, e, na ausência de Conferências, nos respectivos Conselhos de Saúde;

5. Redigir a terceira versão dos “Princípios e Diretrizes para a elaboração da NOB/RH-SUS”;

6. Encaminhar a terceira versão à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), aos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) para a elaboração final da NOB/RH-SUS;

7. No decorrer deste processo, avaliar a pertinência e oportunidade de como tratar a questão dos Recursos Humanos e da NOB/RH-SUS, no nível das Conferências de Saúde, gerais ou específicas de Recursos Humanos.

A discussão desse documento não teve caráter homogêneo em todo País, conforme previsto nos itens 3 e 4 acima. Ele foi discutido por alguns Conselhos de saúde, algumas conferências municipais e estaduais e por seminários específicos organizados por entidades nacionais e estaduais dos trabalhadores ou órgãos gestores de alguns estados.

Em abril/2000, foram definidos encaminhamentos e algumas estratégias para a elaboração do

documento final, com a posição do CNS sobre a NOB/RH-SUS. A primeira delas foi a realização de 5 Seminários Macrorregionais (Florianópolis, Goiânia, Manaus, Rio de Janeiro e Fortaleza) para discutir a segunda versão preliminar. Participaram destes Seminários, as Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais, Conselhos Estaduais, entidades representantes dos trabalhadores nos estados, universidades e escolas de saúde. A segunda foi a solicitação do CNS, para que alguns especialistas, juristas, representantes de entidades, gestores, lideranças e estudiosos do assunto, avaliassem o documento, com roteiro previamente elaborado. A terceira foi a compilação de propostas e sugestões apresentadas nos vários fóruns que discutiram o documento, como conferências de saúde, seminários, encontros, entre outros.

Nos dias 30 e 31 de agosto de 2000, o Conselho Nacional de Saúde, sob a coordenação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) realizou em Salvador (BA), a segunda "Oficina Nacional de Recursos Humanos para o SUS", com a participação de 60 convidados, para proporem o texto da terceira versão de "Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS", analisando-se a segunda versão preliminar do CNS, os consolidados dos seminários macrorregionais, dos especialistas e dos debates realizados em outros fóruns, além das opiniões dos convidados presentes.

Em Salvador, definiu-se que a terceira versão não daria caráter conclusivo ao documento do CNS, conforme previsto anteriormente, mas que a mesma fosse um instrumento de debate da Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS, especialmente, dos pontos polêmicos identificados, ressaltados na oficina e assinalados naquela terceira versão, durante a 11.ª Conferência Nacional de Saúde, conforme indicativo do item 7 dos encaminhamentos propostos na Oficina de Goiânia e que, somente depois, haveria uma última versão final (quarta) aprovada pelo CNS. Foram contemplados na terceira versão, os pontos divergentes mais importantes localizados no processo de discussão do documento. Esses pontos receberam numeração seqüencial idêntica acrescida da letra "A" para a proposta com maior aceitação e da letra "B" para as opiniões divergentes.

Na terceira versão foram acrescentados três anexos:

a) Legislação Vigente sobre a Gestão Pública do Trabalho;

b) Opiniões sobre a pertinência e viabilidade, os desafios, os pontos críticos, as dificuldades, as questões omitidas e as estratégias para a implementação da NOB/RH-SUS nas três esferas de gestão do SUS;

c) Contribuição de Especialistas para a NOB/RH-SUS.

Essa versão final do documento foi elaborada de modo a estabelecer coerência com as diretrizes aprovadas na 11.ª Conferência Nacional de Saúde e terá, como anexo, apenas a Legislação Vigente sobre a Gestão Pública do Trabalho no SUS.

Tal acúmulo de contribuições, discussões e revisões conferiu um grau de desdobramentos e detalhamentos além do limite de princípios e diretrizes, mas foi mantido com a finalidade de oferecer parte do grande campo de questões e aspectos a serem adequados criativamente segundo as realidades e necessidades regionais e locais. Não deve ser tomado como engessamento da tarefa normatizadora da Tripartide e Bipartide.

Como agenda política estratégica, a 11.ª Conferência Nacional de Saúde propôs que seja entabulado, concreta e sistematicamente, um debate nacional articulado e articulador de gestores, trabalhadores e formadores de recursos humanos para implementar a NOB/RH-SUS, aperfeiçoá-la e adequá-la segundo as necessidades sociais em saúde e realidades institucionais de cada região e localidade e de acordo com o papel de cada esfera de governo.

NELSON RODRIGUES DOS SANTOS

Conselho Nacional de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação da quarta versão

INTRODUÇÃO

1. Fundamentação

2. Conceitos Básicos

3. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS

3.1 Das atribuições e responsabilidades dos Gestores Municipais, Estaduais e Federal, sobre a Gestão do Trabalho no SUS.

3.2 Da Abrangência de uma NOB/RH-SUS

3.3 Da Participação na Gestão do Trabalho

3.4 Do Instrumento de Ordenação do Trabalho

3.5 Da Visibilidade e da Publicidade

3.6 Das Formas de Vinculação e Acesso aos Cargos Públicos

3.7 Da Competência e Responsabilidade de Contratação

3.8 Da Elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCSs)

3.9 Do Planejamento Estratégico e da Gestão Colegiada das Ações, Serviços e Projetos

3.10 Do Emprego e Desenvolvimento de Tecnologias para a Gestão do Trabalho no SUS

3.11 Da Organização de Base de Dados para um Sistema de Informação e de Comunicação sobre a Gestão do Trabalho no SUS

3.12 Da negociação entre Gestores e Prestadores de Serviço X Trabalhadores do SUS

3.13 Do Órgão Gestor da Política de Recursos Humanos do SUS

3.14 Do Financiamento do Trabalho no Setor Saúde

4. Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS

4.1 Das Atribuições e Responsabilidades dos Gestores de Saúde Municipais, Estaduais e Federal e do Ministério da Educação sobre a Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS

4.2 Da Educação Permanente para o Processo de Trabalho no SUS

4.3 Da Avaliação do Desenvolvimento do Trabalhador do SUS

5. Princípios e Diretrizes da Política de Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS

5.1 Da Conceituação

5.2 Dos Objetivos

5.3 Da Organização da Atenção à Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS

5.4 Do Sistema de Informações

5.5 Das Comissões Locais de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS

5.6 Das Atribuições dos Gestores, das três esferas de Governo

5.7 Do Controle Social da Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS

6. Princípios e Diretrizes para o Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS

6.1 Gestão Participativa e com Controle Social

6.2 Foruns de Deliberação sobre a Política de Gestão do Trabalho no SUS

6.3 Impacto na Qualidade das Ações e Serviços de Saúde

7. Siglas Utilizadas Neste Documento

8. Anexo

Legislação Vigente sobre a Gestão Pública do Trabalho no SUS

INTRODUÇÃO

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição Federal de 1988, quatro questões sobre a gestão têm sido freqüentemente realçadas como fundamentais para a sua implementação: a descentralização, o financiamento, o controle social e os recursos humanos.

De todas elas, a mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no País é a dos Recursos Humanos. Trabalhadores dos diversos níveis de governo e de entidades prestadoras de serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS) convivem no mesmo local de trabalho com direitos e deveres diferenciados, o que é um problema ainda a ser resolvido. É comum a falta de estímulo profissional, os desvios de funções, as duplas ou triplas jornadas de trabalho, a submissão a formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão, cuja regra é a transgressão à lei, e ainda com poucos ou inexistentes espaços de negociação com seus empregadores.

Observa-se que, em nome de práticas "antiengessamento da máquina pública", pratica-se a "lei da selva" na gestão do trabalho na área da Saúde.

Os problemas da gestão do trabalho existentes em 1988 quando da elaboração da Constituição Federal, onde em um mesmo local de trabalho dos serviços públicos de saúde encontravam-se servidores das

diferentes instâncias de governo (e de diferentes órgãos), de uma ou várias instituições da administração indireta (autarquias, institutos e fundações) e, muitas vezes terceirizados, originados das propostas de trabalho em parcerias e da tentativa de se implantarem as Ações Integradas de Saúde (AIS), com trabalhadores recebendo salários, vantagens e benefícios diferenciados, o que originou a reivindicação de se implantar o Regime Jurídico Único para a contratação no serviço público e a situação é agravada com a não-implementação do Regime Jurídico Único e com a sua extinção.

Atualmente, além da manutenção de todas as situações anteriores, implementou-se a contratação de trabalhadores para o serviço público, sem concurso público, com a utilização de vários mecanismos, tais como os contratos em cargos comissionados para atividades de caráter permanente; a contratação de serviços terceirizados (empresas, associações de moradores, cooperativas e outras) para a realização de atividades públicas de caráter permanente; a instituição dos Consórcios (administrativos) Intermunicipais de Saúde transformados em empresas privadas, entre outras, com a mesma finalidade; a utilização de contratos administrativos e da contratação por tempo determinado (instituída para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público), em situações comuns, fora das condições e prazos definidos por lei.

Nas instituições privadas (filantrópicas e lucrativas), prestadoras de serviços de saúde, as distorções são de outra ordem. Nesses casos, a ênfase da desregulamentação se dá, principalmente, pela tentativa das entidades de se desonerarem das obrigações fiscais e pelo descumprimento das normas regulamentares de contratação de pessoal. As formas mais comuns são: a contratação de serviços profissionais, de nível universitário, por profissionais autônomos; a contratação através de cooperativas (que nem sempre são regulamentadas) motivadas pela isenção fiscal delas e a contratação de estagiários, como substituição de mão-de-obra profissional, pela possibilidade de remuneração inferior do trabalho.

Em relação à gestão de recursos humanos dos serviços de saúde descentralizados, observam-se situações muito diferenciadas na realidade brasileira. Por exemplo, há Estados em que, até hoje, realizam-se contratações de servidores para prestarem serviços de competência dos Municípios; outros que publicam documentos de descentralização de serviços e de recursos humanos, preocupando-se somente com o pagamento da folha de pessoal preexistente à municipalização. Outra situação é aquela que ocorre em locais onde há um grande número de processos de

aposentadorias, transferências de servidores e dos programas de demissões voluntárias promovidos pelo governo federal e por alguns governos estaduais, onde serviços de saúde são desativados, principalmente naqueles municípios que não possuem infra-estrutura que possibilite as reposições necessárias.

Os Recursos Humanos no setor Saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de Saúde disponíveis para a população. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirá a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção.

Sabe-se que o investimento nos Recursos Humanos irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o resultado de seu trabalho, é um caminho prático e certo para o avanço na implementação do sistema.

Estes princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de recursos Humanos (NOB/RH-SUS) têm por finalidade primordial estabelecer parâmetros gerais para a Gestão do Trabalho no SUS. Ao compatibilizá-los com as diferentes realidades e situações institucionais, busca-se superar os desafios da implementação de uma política de Recursos Humanos para o SUS.

Pode-se considerar que uma NOB/RH-SUS seja um documento/instrumento de alta qualidade para a gestão do sistema de saúde, principalmente porque sua formulação implica um processo altamente participativo e democrático, com discussões e negociações que levam à construção de uma política de recursos humanos, desde já pactuada. Um dos principais problemas a serem resolvidos para a sua implementação é a falta de antecedentes de priorização e o tipo de tratamento que a questão dos Recursos Humanos em saúde tem recebido nos processos de reformas do Estado. É necessário garantir, portanto, que a elaboração da NOB/RH-SUS assegure que seus conteúdos sejam efetivamente operacionalizáveis.

FUNDAMENTAÇÃO

1. A Constituição Federal de 1988 consagrou a cidadania e a dignidade da pessoa como humana, com direitos fundamentais. Esses ideais foram inscritos no texto constitucional, elevando à condição de relevância pública as ações e serviços de saúde, à

medida que ordena ser a saúde um direito fundamental do homem.

2. O mandamento constitucional estabelece que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF/88, art.196).

3. A análise histórica, da concepção ao processo de implementação do SUS, demonstra que desde os primeiros movimentos pela Reforma Sanitária até a atual fase de implementação do sistema, várias foram as iniciativas de se inserir um sistema de saúde na Lei Maior, o que sempre foi determinado pelos momentos institucionais do País.

4. Mas, sem dúvida, foi o atual texto constitucional que revelou a mais profunda e importante estruturação e organização do Sistema Único de Saúde, à medida que dispôs sobre as ações e serviços de saúde, definindo atribuições e competência ao Estado para o setor.

5. A Carta Política, ao organizar e estruturar o Sistema Único de Saúde no contexto da Seguridade Social fixou como seus princípios fundamentais a universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral além de outros, o qual destacamos a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde (CF/88, art. 194, parágrafo único, I, c/c art. 198, III). Ao se elaborar uma proposta de Diretrizes Gerais para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS, procurou-se obedecer a esses princípios já consagrados.

6. Outras disposições de natureza infraconstitucional surgiram, tais como as Leis Orgânicas da Saúde que vieram atender ao reclamo constitucional. No campo infralegal, tem as portarias do Ministério da Saúde e as deliberações do Conselho Nacional de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde, todas formatando o atual arcabouço jurídico-legal do Sistema.

7. As Conferências e os Conselhos de saúde são instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo, por expressa disposição legal. A lei conferiu ao Conselho o caráter permanente e deliberativo, cabendo-lhe a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada nível de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo correspondentes.

8. Na perspectiva de cuidar da política de recursos humanos para a saúde, o Conselho Nacional de Saúde instituiu a Comissão Intersectorial de Recursos Humanos (CIRH), tendo como finalidade articular uma proposta de política nacional de recursos humanos para o setor, com a participação e envolvimento de todos os segmentos integrantes do SUS. Esse trabalho vem sendo desenvolvido de forma articulada com a Mesa Nacional de Negociação do SUS, estabelecendo um rico processo que ultrapassa os limites e os conceitos clássicos da negociação coletiva de trabalho próprios do setor privado.

9. A Emenda Constitucional 19, ao dar nova redação ao art. 39, introduziu no âmbito da administração pública federal, estadual e municipal os Conselhos de Política de Administração e Remuneração de Pessoal, integrado por servidores designados pelos respectivos poderes. Esses conselhos têm a finalidade de propor a fixação de padrões de vencimentos e dos demais componentes do sistema remuneratório, observados a natureza, o grau de responsabilidade, a complexidade e as peculiaridades dos cargos componentes de cada carreira, além de estabelecer os requisitos para a sua investidura (CF/88, art. 39).

10. No campo infraconstitucional, têm-se as Leis Orgânicas da Saúde. A Lei n.º 8.080/90 que regula as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo o País, ao fixar normas a serem cumpridas quando da elaboração da política de Recursos Humanos para o SUS, dispôs no seu art. 27 que ela será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo.

11. Por sua vez, a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ao estabelecer normas sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde, condiciona o recebimento de recursos da União, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, a existência de comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários, estabelecendo um prazo de dois anos para a sua implantação, sob pena de perderem a gestão desses recursos para os Estados ou pela União, respectivamente (art. 4.º, inciso VI).

12. Os serviços privados contratados de assistência à saúde participam de forma complementar ao sistema, segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a quem compete elaborar regras para regular as relações entre o SUS e esses serviços, tendo em vista a sua relevância pública. Compete, ainda ao SUS, além de outras atribuições, a participação na

definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador (Lei n.º 8.080/90, art.16, incisos V e XIV).

13. A questão da formação de recursos humanos para a saúde é revestida de uma importância como peça fundamental para a elaboração da política nacional de RH. A Constituição determina que a competência para ordenar a formação de recursos humanos na área da Saúde é do SUS (CF/88, art. 200, inciso III). E a União, os Estados e o Distrito Federal estão obrigados a manterem escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores, constituindo-se, a participação nos cursos, um dos requisitos para a promoção na carreira.

14. Como se pode observar, são comuns aos entes federados a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (Lei n.º 8.080/90, art. 15, inciso IX). Ademais, a Constituição assegura a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais sejam objeto de discussão e deliberação (CF/88, art.10), sendo obrigatória a participação dos sindicatos nas negociações coletivas de trabalho.

15. Assim, ao determinar que a política de recursos humanos deva ser feita de forma articulada, a lei garante a participação dos trabalhadores e gestores na sua elaboração e execução. Dessa forma, vem a indicar que a NOB deverá ser fruto de um amplo processo negocial envolvendo esses atores, atendendo aos ditames das Leis e da Constituição Federal.

16. Cabe, ainda, examinar a Resolução n.º 12, de 3 de outubro de 1991, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e homologada pelo Sr. Ministro da Saúde, que estabeleceu regras formadoras de uma política nacional de Recursos Humanos, contendo as orientações gerais para a elaboração do plano de carreira, cargos e salários para o SUS.

17. Ocorreram, também, outras manifestações legítimas da sociedade civil, principalmente as Resoluções das Conferências Nacionais de Saúde e as duas Conferências Nacionais específicas para Recursos Humanos do SUS, que serviram como referências importantíssimas para a formulação da política de Recursos Humanos.

18. A 9.ª Conferência Nacional de Saúde, para a efetiva implementação do SUS, enfatiza como indispensável uma política nacional de recursos humanos, visualizando, desde aquele momento, a impossibilidade da implementação do Sistema, sem o

tratamento de forma ordenada, de sua força de trabalho.

19. Vale transcrever, pela forma incisiva que adota, o que diz o item 230 da política de recursos humanos para a saúde, do relatório final da 10.ª Conferência Nacional de Saúde: "O Ministério da Saúde deve elaborar, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da divulgação deste relatório, com ampla negociação com os interessados e suas entidades representativas e com a discussão e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos com princípios que regulem a ação e a relação das esferas de governo com relação aos trabalhadores no âmbito do SUS, e que inclua uma "agenda de prioridade" para a implantação desta política".

20. A I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde cumpriu o seu papel, baseada nas análises até então realizadas sobre a temática e detalhou, ainda que de forma embrionária, uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária no tocante à política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o setor da Saúde.

21. Além disso, atendendo à expressa recomendação da 8.ª Conferência Nacional de Saúde, a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde, produziu um dos mais densos e completos documentos sobre o tema. Ancorada na constatação real da ausência de uma política de recursos humanos para o SUS, fez um alerta sobre as conseqüências desastrosas desse fato para a implementação do SUS, e indicou a necessidade de se regular imediatamente o artigo 200, inciso III da Constituição Federal.

22. Destaca-se a ênfase que se deu às questões de Recursos Humanos na II Conferência Nacional de Recursos Humanos, que afirma: "...as oportunidades de capacitação são escassas. Os salários são aviltantes. Os trabalhadores convivem, no mesmo local de trabalho e com as mesmas funções, com salários profundamente desiguais. Não existe, na maioria das instituições, um plano de carreira, cargos e salários compatível com as responsabilidades, riscos e encargos inerentes ao processo de trabalho da área da Saúde. Esta situação conduz a uma enorme e explicável desmotivação dos profissionais de saúde e ao descompromisso ético e social com os usuários e com o serviço público. Os trabalhadores querem assumir o seu papel de protagonista na transformação do setor".

23. Diante do exposto, a partir das análises dos fundamentos legais, das resoluções e dos atos normativos do SUS, constata-se que há muito ainda

por fazer na implementação de uma política de Recursos Humanos para o SUS e que muitos dispositivos inseridos nas normas, infelizmente, ainda permanecem como letras mortas. Essa política é absolutamente necessária, não somente porque já existe a base legal para a sua implementação, mas também pelo fato de que as ações e os serviços de saúde têm especificidades não encontradas em outras atividades da administração pública. Essas diretrizes para a NOB/RH-SUS são um passo importante para a definição e implementação dessa política.

24. Na elaboração da NOB/RH-SUS, a partir dos princípios e diretrizes aqui apresentados, devem ser respeitadas a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde. Na sua implementação em todo o território nacional, devem ser respeitadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas das respectivas Unidades Federadas.

CONCEITOS BÁSICOS

Para facilitar a compreensão do presente documento, buscou-se explicitar os conceitos básicos que serão utilizados em diferentes seções.

2.1. NOB: entende-se por Norma Operacional Básica, doravante denominada NOB, o instrumento normativo de operacionalização dos preceitos da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS). Até o momento, foram editadas as NOBs de 1991, 1993 e 1996 e a NOAS, sendo que a área de recursos humanos nunca foi objeto de normatização nas referidas NOBs.

2.2. NOB/RH-SUS: considerando que o instrumento NOB tem se mostrado potente no que respeita ao estabelecimento de critérios para as três esferas de governo, quanto ao financiamento do sistema, as condições de habilitação para a gestão nos diferentes âmbitos de governo, a definição de suas competências, e estabelece instâncias intergestoras, com resoluções submetidas ao Conselho Nacional de Saúde, entre outros, definiu-se pela utilização do mesmo instrumento para normatizar a gestão do trabalho no SUS. A competência de elaboração e implementação da NOB/RH-SUS passa então, para uma atribuição da Gestão, pela Comissão Intergestores Tripartite, com decorrentes pactuações nas Comissões Intergestores Bipartites.

2.3. Publicidade: é uma qualidade do que é público ou do que é feito em público.

2.4. Desconcentração de Ações e Serviços de Saúde: é a execução de ações e a prestação de

serviços de saúde de forma desconcentrada do órgão central da administração pública, como, por exemplo, as diretorias regionais de saúde, ou equivalentes, dos Estados e os serviços de saúde dos povos indígenas, que apesar de serem de responsabilidade da União, são organizados e executados a nível regional ou local.

2.5. Ações Intersetoriais de Saúde e Ações e Serviços de Saúde: o art. 196 da CF, assegura o direito de todos à saúde, que deve ser garantido:

a) por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos à saúde. A Lei n.º 8.080 define como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais e as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade as condições de bem-estar físico, mental e social. Essas ações são planejadas e executadas por outros setores de governo, com recursos específicos e são consideradas "ações intersetoriais de saúde".

b) pelo acesso universal e igualitário às "ações e serviços de saúde", incluindo a promoção, a proteção e a recuperação. Essas ações e serviços estão identificadas nos incisos IV e VIII do artigo 200 da CF e nos artigos 5.º e 6.º da Lei n.º 8.080 como sendo atribuições do Sistema Único de Saúde. O setor Saúde não é o gestor das políticas de saneamento básico ou ambiental, mas deve participar da formulação dessas políticas, o que significa colaborar na definição das estratégias de atuação daqueles setores, em cada esfera de governo, especialmente, pela identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde da população, pela disponibilização de informações epidemiológicas e, ainda, pela execução de ações de saneamento típicas do setor Saúde, tais como, o controle de vetores, da poluição sonora, da qualidade do ar e da água de consumo humano e dos ambientes físicos de utilização coletiva, das emissões eletromagnéticas, monitorar o destino dos efluentes líquidos domésticos e do lixo hospitalar, colaborar com a proteção do meio ambiente e do ambiente de trabalho, entre outros.

2.6. Descentralização dos Serviços de Saúde: é a transferência da gestão, da execução de ações e da prestação de serviços de saúde para instâncias de decisão mais próximas da população-alvo. No SUS, é da esfera federal para a estadual e destas duas para a esfera municipal. Respeitando-se as atribuições específicas das três esferas de governo, expressas na Lei n.º 8.080/90, a municipalização, com a hierarquização e a regionalização, constituem o eixo estratégico da

descentralização. Nos municípios de maior porte, a descentralização deve se estender a distritos de saúde e a autonomia gerencial das unidades de saúde.

2.7. Trabalhadores de Saúde: são todos aqueles que exercem as suas atividades ou funções em serviços de saúde, públicos ou privados.

2.8. Trabalhadores do SUS: são todos aqueles que realizam ações e exercem as suas atividades ou funções em serviços de saúde pública e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados pelo SUS.

2.9. Recursos Humanos: é a expressão utilizada normalmente, para designar e especificar os trabalhadores, em relação a outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, uma operação, um projeto, um serviço, etc., tais como, os recursos físicos, materiais, financeiros, entre outros.

2.10. Empregadores do SUS: são os gestores públicos dos serviços de saúde e os proprietários, quotistas e administradores de serviços de saúde conveniados e contratados pelo SUS.

2.11. Gestão do Trabalho no SUS: para efeitos desta NOB, considera-se gestão do trabalho no SUS a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à Saúde dos seus usuários até as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento. O "Trabalho no SUS" refere-se àquele que é exercido pelos trabalhadores dos serviços públicos e privados de saúde (contratados ou conveniados). Diz respeito às relações de trabalho de caráter permanente e precárias, desde que exercidas no interior do Sistema Único de Saúde.

2.12. Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS: para efeitos desta NOB, fica entendido como "desenvolvimento do trabalhador" as atitudes, circunstâncias, ações e eventos que assegurem ao trabalhador o crescimento profissional e laboral que possibilite o pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização com compromissos pelos direitos de cidadania da população e a prestação de serviços com acolhimento, qualidade e resolubilidade, à população usuária do Sistema. O "desenvolvimento do trabalhador" terá repercussão direta no seu engajamento institucional e na sua consciência de cidadania.

2.13. Formação Profissional: é o processo que sistematiza os conhecimentos técnicos e científicos por meio da educação profissional de nível bá-

sico, técnico e tecnológico com o objetivo de propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades, competências específicas e posturas solidárias perante aos usuários, para o exercício do trabalho e da educação, para inserí-lo nos setores profissionais.

2.14. Qualificação Profissional: é o processo no qual o trabalhador adquire conhecimentos qualificados que o habilita para o desempenho de determinada função visando o seu melhor aproveitamento no exercício do trabalho.

2.15. Educação Permanente ou Continuada: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha.

2.16. Avaliação de Desempenho: é a apuração do desempenho efetivo do trabalhador, no processo de trabalho por inteiro, levando em consideração, o desempenho da equipe, a análise institucional, as condições de trabalho que são oferecidas, a adaptação do trabalhador no cargo, a oferta de possibilidades de desenvolvimento e de ascensão na carreira, os vencimentos ou salários que auferir, a sua saúde ocupacional e o resultado do trabalho para a saúde da população usuária, entre outros.

2.17. Participação Bilateral na Gestão do Trabalho: significa a participação dos gestores e dos trabalhadores nas Mesas Permanentes de Negociação, definindo os objetivos, os participantes, a metodologia, as pautas de negociação das questões do trabalho, assim como, os objetos de negociação, como os salários, a carreira, as vantagens, os benefícios, os compromissos mútuos, além de definir as diretrizes, os critérios, os instrumentos, os mecanismos, os fluxos, os protocolos e as rotinas dos processos de trabalho em saúde e a resolução de conflitos.

2.18. Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS: é a participação efetiva da sociedade organizada (Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde) na definição, planejamento, implementação e avaliação da política de Recursos Humanos, necessária à imple-

mentação do SUS, em cada esfera de Governo. É um processo de vigilância e fiscalização que inclui outros aspectos da administração pública, tais como a verificação da legalidade, da moralidade e da impessoalidade dos atos administrativos, bem como, a eficiência no trato da coisa pública, o cumprimento dos objetivos institucionais, das diretrizes estabelecidas nas Conferências de Saúde e das deliberações dos Conselhos de Saúde em relação aos Recursos Humanos.

2.19. Saúde Ocupacional do Trabalhador: é o estado geral biopsicossocial e emocional apresentado pelo trabalhador e pela equipe no exercício de suas funções laborais no cargo em que ocupa. Deve levar em conta a segurança no processo de trabalho, as condições individuais e coletivas dos ambientes de trabalho, os riscos laborais a que estão submetidos, os equipamentos de proteção, as possibilidades de agravos e danos à saúde do trabalhador e da equipe, entre outros.

2.20. Gestores em Saúde: conforme a legislação vigente, o conceito de gestor do Sistema Único de Saúde é atribuídos aos responsáveis pelo SUS em cada esfera de governo (refere-se ao Sistema em cada Município, Estado e Distrito Federal e em âmbito nacional). A NOB-SUS/96 atribui ao responsável por cada unidade e estabelecimento prestador de serviços de qualquer grau de complexidade. A 11.ª Conferência Nacional de Saúde considerou gestores de saúde estaduais, municipais e de serviços de saúde, com ênfase neste último grupo, os gestores de unidades básicas de saúde, principalmente, no que tange aos processos de planejamento local e gerenciamento participativo com trabalhadores e usuários, à luz do controle da sociedade sobre o SUS.

2.21. Padrão de Lotação de Pessoal: é a definição de equipe interprofissional segundo as necessidades sociais em saúde, em contraposição às equipes e processos de trabalho pré-definidos, com a introdução de processos de avaliação de desempenho sob o controle popular.

***O conteúdo publicado no Boletim do Conselho Nacional de Saúde é apenas uma parte dos Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS. A publicação do documento integral já está sendo providenciada pelo Ministério da Saúde. o conteúdo também está disponível no site do Conselho Nacional de Saúde (CNS), cujo endereço na internet é conselho.saude.gov.br.**

ANEXO II

Na sequência, são apresentados alguns documentos que embasaram a organização dos Seminários Regionais Sobre Violência Urbana e Saúde Pública, uma atividade que contou com a parceria entre o Conselho Nacional de Saúde, a Câmara dos Deputados, além do apoio dos Conselhos de Saúde e das Assembléias Legislativas de vários Estados.

O primeiro texto se refere ao arcabouço da proposta, no qual são apresentados os objetivos e as justificativas. O segundo documento são as diretrizes aprovadas pelo CNS para organização dos encontros, no qual são listadas as expectativas no ponto de vista do controle social em saúde. O terceiro traz o cronograma de datas de realização dos eventos em âmbito regional. No final, poderá ser lida a íntegra da Carta de Brasília, que embasou as discussões e foi elaborada no Seminário Nacional "Violência Urbana e Segurança Pública, ocorrido em Brasília – DF, em 2001.

I - SEMINÁRIOS REGIONAIS SOBRE VIOLÊNCIA URBANA E SAÚDE

APRESENTAÇÃO

O tema violência urbana ganhou espaço privilegiado, no ano de 2001, na Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior da Câmara dos Deputados, quando foi criada em abril a Subcomissão Especial para tratar do tema Violência Urbana e Segurança Pública, atendendo a requerimento da Deputada Maria do Carmo Lara-PT/MG.

A referida subcomissão foi instalada em junho de 2001, tendo como membros a própria requerente e os Deputados Gustavo Fruet – PMDB/PR, Norberto Teixeira – PMDB/GO, Edir Oliveira – PTB/RS e Marcos Afonso-PT/AC, realizando, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde, quatro audiências públicas, como forma de preparação para o Seminário Nacional sobre Violência Urbana e Segurança Pública, realizado nos dias 30 e 31 de outubro de 2001.

As audiências públicas contaram com a participação de parlamentares, organizações governamentais e não-governamentais, especialistas e representantes do movimento popular que tratam da questão da violência urbana.

Assim, no dia 14/08/2001 foi realizada a primeira audiência com o tema "Diagnóstico da Violência Urbana no Brasil", a segunda no dia 11/09/2001 sobre "Saúde e Violência no País", a terceira com o tema "Políticas de Segurança Pública de Estados e Municípios Brasileiros", realizada em 19/09/2001 e finalmente, no dia 26/09/2001, a audiência pública que teve como tema

“Perspectivas de Implementação de uma Política Integrada de Combate à Violência”.

Concluídas as audiências e, como estava programado, foi realizado o Seminário Nacional sobre Violência Urbana e Segurança Pública, promovido pela Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior, com o apoio da Comissão de Direitos Humanos e do Conselho Nacional de Saúde, no qual foram discutidos toda a temática sobre violência urbana, saúde e segurança pública, concluindo com a elaboração da CARTA DE BRASÍLIA, a qual indicou a necessidade de realização dos Seminários Regionais sobre Violência Urbana e Saúde Pública, sob a coordenação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Câmara dos Deputados, representada pela Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior (CDUI).

Por deliberação da Secretaria Executiva do CNS e o do Plenário da CDUI – atendendo requerimento do Deputado Djalma Paes – foram definidas as sedes das regionais, devendo os seminários serem realizados entre os dias 10 de maio e 10 de junho, nas seguintes cidades: Belo Horizonte (Minas Gerais sede da Regional Sudeste), Recife (Pernambuco sede da Regional Nordeste), Curitiba (Paraná sede da Regional Sul), Goiânia (Goiás sede da Regional Centro-Oeste) e Belém (Pará sede da Regional Norte).

A princípio, os seminários terão o apoio técnico e logístico das Assembléias Legislativas e Conselhos Estaduais de Saúde nas Unidades Federadas, devendo contar com a participação efetiva das assembléias e conselhos de saúde dos estados de cada Região, além do envolvimento dos poderes executivos e organizações da sociedade envolvidas com a temática.

INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Saúde e a Câmara dos Deputados, representada pela Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior da Câmara dos Deputados (CDUI), para a realização dos Seminários Regionais sobre Violência Urbana e Saúde, está contando com a participação efetiva de todas as entidades representativas, conselhos, órgãos públicos e privados, técnicos e estudiosos ligados às questões da violência urbana e Saúde Pública, para a discussão e propostas de ações que promovam a mudança nas políticas públicas nas áreas de segurança e Saúde Pública.

Hoje, a política urbana é essencial nas estratégias de combate à violência urbana. Estudos apontam três aspectos importantes a serem abordados: a violência incide mais nas áreas de ocupações urbanas desordenadas e em situações de condições de vida precárias; a explosão do foco de violência se concentra nas periferias das grandes cidades e das aglomerações urbanas; que o planejamento urbanístico associado à políticas de geração de emprego, educação, lazer, saúde e segurança comunitária amenizam radicalmente os índices de violência.

OBJETIVOS

A violência urbana e a saúde, em suas diversas causalidades e formas de expressão, serão a base de todas as discussões dos Seminários Regionais sobre Violência Urbana e Saúde Pública. Busca-se proceder um diagnóstico das situações regionais e suas especificidades locais, com ampla discussão sobre os diversos aspectos que geram o crescimento da violência e a formulação de linhas de ação e diretrizes que venham a contribuir para a adoção de políticas intersetoriais de combate à violência, a serem consolidados em um grande evento nacional.

O documento base para as discussões regionais será a CARTA DE BRASÍLIA, elaborada no Seminário Nacional “Violência Urbana e Segurança Pública”, ocorrido em Brasília – DF, em 2001.

TEMÁTICA BÁSICA

1. Diagnóstico da situação regional da violência, com dados comparativos entre cidades e regiões.
2. Epidemia da Violência – um enfoque sobre as questões de violência e saúde.
3. Violência e desenvolvimento urbano – um enfoque sobre a questão da urbanização e qualidade de vida nas grandes cidades.
4. Violência e educação – um enfoque sobre a formação das crianças e jovens nos lares e escolas.
5. Violência e Segurança Pública – um enfoque sobre as ações dos governos federal, estaduais e municipais no controle da violência.
6. Violência Urbana e Justiça – enfoque das questões ligadas à legislação e sua aplicação no combate à violência.
7. A sociedade civil e a Violência – experiências regionais de entidades não governamentais na área de controle da violência urbana.

COORDENAÇÃO, EQUIPE TÉCNICA E DE APOIO

Os Seminários Regionais serão coordenados pelo Conselho Nacional de Saúde, por intermédio da Comissão Intersetorial de Trauma e Violência e Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior da Câmara dos Deputados e Assembléias Legislativas dos Estados sede, tendo como articuladores políticos regionais:

Região Sul: Deputado Gustavo Fruet - PMDB/PR
Região Sudeste: Deputada Maria do Carmo Lara - PT/MG
Região Centro-Oeste: Deputado Euler Moraes - PMDB/GO
Região Nordeste: Deputado Djalma Paes - PSB/PE
Região Norte: Deputada Socorro Gomes - Pcdob/PA

Equipe Técnica

Conselho Nacional de Saúde (CNS):
Fernando Cartaxo e Carlos Afonso Cunha.

Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior da Câmara dos Deputados (CDUI/CD):

James Lewis Gorman Júnior (Coordenador), Jaime Ferreira Lopes, Frederico Torres da Silva e Manoel Magalhães de Mello Netto.

Equipe de Apoio

Admar Pires dos Santos, Eliana Navarro Garcia, Ruy dos Santos Siqueira, Régia Maria Morais, Ana Katia Martins Bertholdo, Ana Maria Ramos Cavalcanti, Renata Campos Aranha, Francisco Nascimento da Silva, Eloneide Rodrigues Sampaio, José Maria do Amaral Sobreira Filho, Karlyle Cunha e Wilson Brito de Oliveira.

PAPÉIS DAS ENTIDADES ORGANIZADORAS

Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior (CDUI):

- Organização conjunta com o CNS;
- Mobilização das Assembléias Legislativas, sedes das Macrorregionais;
- Convite às autoridades federais;
- Elaboração de cartazes e pôsteres;
- Participação no evento, por intermédio de parlamentares indicados;
- Lançamento, conjunto com o CNS, dos anais do Seminário Nacional de Violência Urbana e Segurança Pública.

Conselho Nacional de Saúde:

- Organização conjunta com a CDUI;
- Mobilização dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, tanto das sedes das Macrorregionais, como dos demais estados;
- Convite às autoridades ligadas ao setor de saúde;
- Deslocamento de até 3 especialistas nacionais para participação nos Seminários Macrorregionais;
- Participação nos eventos, por intermédio de membros indicados;
- Lançamento, em conjunto com a CDUI, dos anais do Seminário Nacional de Violência Urbana e Segurança.

Assembléias Legislativas dos Estados sede:

- Organização do evento, em conjunto com a CDUI e o CNS, no nível da macrorregional;
- Mobilização das Assembléias Legislativas dos estados da região, sensibilizando-as a realizar audiências públicas ou seminários relativos ao tema, com indicação de representantes para participação no Seminário Macrorregional, desde que com despesas pagas pelo participante ou a entidade que represente;
- Mobilização de organizações sociais dos estados sede, contato com técnicos e especialistas no assunto e convites para exposições e palestras;
- Mobilização da sociedade local para participação no evento;
- Disponibilização de local e apoio logístico a realização do evento;
- Disponibilização das Notas Taquigráficas das Mesas e Grupos de trabalho.

Governos dos Estados e Prefeituras:

- Participação na organização;
- Indicação de representantes para a mesa de abertura;
- Indicação de representantes para palestras e participação nos debates.

Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde:

- Participação na organização do evento;
- Mobilização das entidades vinculadas;

c) Preparação prévia para discussão do tema no Seminário.

Organizações Não-Governamentais;

a) Participação na organização do evento;

b) Discussão prévia do tema;

c) Mobilização da sociedade para participação do evento.

Entidades Profissionais ligadas ao tema:

a) Participação na organização do evento;

b) Indicação de profissionais para palestras e debates;

c) Mobilização do setor representado para participação no evento.

DISCUSSÕES PROPOSTAS

1. Diagnóstico da situação regional da violência, com dados comparativos entre cidades e regiões.

2. Epidemia da Violência – um enfoque sobre as questões de violência e saúde.

3. Violência e desenvolvimento urbano – um enfoque sobre a questão da urbanização e qualidade de vida nas grandes cidades.

4. Violência e educação – um enfoque sobre a formação das crianças e jovens nos lares e escolas.

5. Violência e Segurança Pública – um enfoque sobre as ações dos governos federal, estaduais e municipais no controle da violência.

6. Violência Urbana e Justiça – enfoque das questões ligadas à legislação e sua aplicação no combate à violência.

7. A sociedade civil e a Violência – experiências regionais de entidades não-governamentais na área de controle da violência urbana.

FORMATAÇÃO PROPOSTA

1. Mesa de Abertura com a participação das autoridades nacionais, regionais e locais. Aproveitar o espaço para a realização de uma grande palestra introdutória à temática.

2. Mesas redondas com a participação de especialistas que facilitem as discussões nos grupos temáticos. Esses grupos deverão preparar relatórios para as discussões plenárias.

3. Reuniões plenárias para elaboração de documento final dos Seminários.

LOCAIS PROPOSTOS

1. Plenário da Assembléia/Auditório grande para abertura do evento.

2. Três ou quatro salas para as discussões de grupo.

3. Sala de secretaria e apoio aos relatores.

II - DIRETRIZES PARA REALIZAÇÃO DOS SEMINÁRIOS MACRORREGIONAIS SOBRE VIOLÊNCIA URBANA E SAÚDE

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 119ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de maio de 2002, considerando:

A necessidade de implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, aprovada por esse Conselho em 08 de março de 2001, e publicada como Portaria MS/GM n.º 737 de 16 de maio de 2001 e no Diário Oficial da União n.º 96, seção 1e - de 18 de maio de 2001;

A Carta de Brasília, documento resultante do Seminário Nacional de Violência Urbana e Segurança Pública, realizado em 30 e 31 de outubro de 2001 e promovido pela Câmara dos Deputados através de sua Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior (CDUI)/ Subcomissão de Violência Urbana em parceria com a Comissão Intersetorial de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (CITV), do Conselho Nacional de Saúde, bem como o relatório final do referido Seminário;

Os Anais das Audiências Públicas realizadas de agosto à outubro de 2001, pela CDUI/Subcomissão de Violência Urbana em parceria com a CITV do Conselho Nacional de Saúde, envolvendo Ministério da Justiça, Ministério Público, Ministério da Saúde, Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA).

Resolve aprovar as seguintes diretrizes para a realização dos Seminários Macrorregionais sobre Violência Urbana e Saúde:

a) São considerados documentos fundamentais

como marcos teóricos que poderão subsidiar as discussões nos Seminários Macrorregionais sobre Violência Urbana:

- a Constituição Federal;
- a Convenção Internacional de Direitos Humanos;
- a Convenção de Erradicação da Violência Doméstica, da Organização dos Estados Americanos (OEA), de Belém do Pará;
- as Convenções organizadas pela Organização das Nações Unidas – População e Desenvolvimento, Direitos Humanos, a IV Conferência Mundial da Mulher;
- A Declaração de Salamanca, Espanha, 1994;
- O Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde;
- Os Relatórios das Conferências de Saúde do Trabalhador e de Saúde Mental e dos Recursos Humanos;
- A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada pelo Ministério da Saúde;
- As Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação;
- A Carta de Brasília, 2002;
- O Relatório Final do Seminário Nacional sobre Violência Urbana e Segurança Pública;
- Os Anais do Seminário Nacional sobre Violência Urbana e Segurança Pública.

b) A Articulação dos Seminários Macrorregionais sobre Violência Urbana e Saúde deverá contemplar o interesse de participação dos diversos segmentos da Sociedade, por meio de suas representações, garantindo a ampla divulgação em todos os estados membros da Região por intermédio das Assembleias Legislativas, Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais das Capitais, afim de propiciar o reconhecimento das suas diversas realidades.

c) O Temário norteador das discussões e deliberações dos Seminários Macrorregionais deverá contribuir para a complexa tarefa de intervenção na mudança cultural que privilegie a solidariedade e a concórdia entre indivíduos e grupos, vencendo o atual estágio de anomia e a violência vigentes.

d) Ao tratar os temas propostos, deverão ser consideradas as dimensões de gênero, etnia, raça, idade, condições de desempenho físico e mental, trabalho, bem como as de crença e ideologia, dos indivíduos em sua relação com o binômio Violência e Saúde.

e) Os resultados dos Seminários Macrorregionais sobre Violência Urbana e Saúde deverão constituir relatórios regionais que serão consolidados na CDUI e

no Conselho Nacional de Saúde para conhecimento dos órgãos governamentais e entidades da sociedade civil vocacionados para intervir nas instâncias motivadoras e saneadoras dos traumas, acidentes e violências causadoras de morbimortalidade.

III - SEMINÁRIOS REGIONAIS: VIOLÊNCIA URBANA E SAÚDE PÚBLICA/CRONOGRAMA

Informamos que o Conselho Nacional de Saúde em parceria com a Comissão de Desenvolvimento Urbano da Câmara dos Deputados, Assembleias Legislativas Estaduais, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e ainda os COSEMS, realizará 05 Seminários Regionais sobre Violência Urbana e Saúde Pública, que acontecerão da seguinte forma:

LOCAL DE REALIZAÇÃO

Sempre nas Assembleias Legislativas.

Região Sudeste – Sede BELO HORIZONTE/MG- DIAS 20 e 21 DE MAIO DE 2002.

Região Nordeste – Sede: RECIFE/PE – DIAS 27 e 28 DE MAIO DE 2002.

Região Centro-Oeste – Sede: GOIÂNIA/GO- data a definir.

Região Norte – Sede: BELÉM/PA – DIAS 19 e 20 DE JUNHO DE 2002.

Região Sul – Sede: CURITIBA/PR – DIAS 10 e 11 DE JUNHO DE 2002.



DISQUE SAÚDE
0800-61 1997

www.saude.gov.br

REFERÊNCIAS PARA CONTATO NOS ESTADOS SEDE

CAPITAL/ESTADO	LOCAL EVENTO	Data	Referências	
Belo Horizonte/MG	Assembléia Legislativa de Minas Gerais – Rua Rodrigues Caldas, 30 – Bairro Santo Agostinho – BH/MG	MAIO 20 e 21	Elvira Oliveira – SE/CES-MG – (31) 3261-4611/4415 email : ces@saude.mg.gov.br Oswaldo Tolentino – Pres. Conselho Metropolitan de Betim – (31) 9686-2102 Paulo – CES/MG – (31) 3273-4315/9954-0972	1°
Recife/PE	Assembléia Legislativa de Pernambuco – Rua da União, 439 – Palácio Joaquim Nabuco – Boa Vista – Recife/PE	MAIO 27 E 28	Querubina Diniz – SE/CES-PE (81)-3423-7910/3412-6187 email: cespe@saude.pe.gov.br Manoel Magalhães – CDUI/CD (61) 318-7073 (81) 9105-0476/3222-3980 Fábio Lira – Ass. Deputado Djalma Paes – (81) 3217-2200/2374	2°
Goiânia/GO	Assembléia Legislativa de Goiás – Palácio Alfredo Nasser – Alameda dos Buritis, 231 – Centro – Goiânia/GO	A definir	Antônio Teixeira – SE/CES-GO – (62) 223-0238/0841 Maria de Lourdes – Pres. CMS-Goiânia (62) 524-1584/1513 – 943-4386	3°
Curitiba/PR	Assembléia, Câmara Municipal de Curitiba ou Canal da Música Palácio Dezenove de Dezembro – Centro Cívico À confirmar	JUNHO 10 e 11	Oliva Vasconcelos – SE/CES-PR – (41) 330-4417/333-9393 R. 148 email: olivav@saude.pr.gov.br Eliana Rosas – SE/CMS-Curitiba (41) 350-9365/9349 email: cms@sms.curitiba.pr.gov.br Maria Goretti – CMS-Curitiba – (41) 350-9452/9336/9309	
Belém/PA	Assembléia Legislativa do Pará – Rua do Alveiro, 130 – Cidade Velha – Praça D. Pedro II – Belém/PA	JUNHO 19 e 20	Nilde Carvalho – SE/CES-PA – (91) 241-4670/212-1224 email: sespa19@prodepa.gov.br Euclides Nascimento – SE/CMS-Belém – (91) 222-2205 email: euclidespessoa@bol.com.br Eli Batista – Ass. Legisl. Assembléia – (91)241-4432/9981-8691 email: elijr@amazon.com.br	4°

IV - SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE VIOLÊNCIA URBANA E SEGURANÇA PÚBLICA – CARTA DE BRASÍLIA

1. Nos dias 30 e 31 de Outubro de 2001 realizou-se, em Brasília, Distrito Federal, o Seminário Nacional sobre a Violência Urbana e Segurança Pública, promovido pela Subcomissão que trata desses temas vinculada à Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior da Câmara dos Deputados.

2. Participaram deste evento pessoas de 15 Estados brasileiros representando diversas ONGs, Institutos de Pesquisa de diversas Universidades, Executivo Federal, Estadual e Municipal, Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional da Criança e do Adolescente, entre outros.

3. A Constituição Federal de 1988 consagra a segurança como um direito social, individual e coletivo.

4. As estatísticas longe estão de revelar a verdadeira face da violência nos seus mais diversos tipos:

interpessoal, institucional, formalmente organizada.

5. As dificuldades geradas pela resistência à informação sobre a violência, a falta de efetiva vontade política do poder público, as visões setorializadas, os fatores culturais, e tantos outros, levam a uma não confiabilidade nos dados sobre a violência em nosso País. Não obstante, sabemos ser o Brasil o segundo país em índice de mortalidade por violência na América Latina. Só perdemos para a Colômbia. A maioria dos mortos são jovens entre 15 e 29 anos e são assassinados por arma de fogo.

6. As estatísticas revelam também que não há correlação direta entre pobreza e violência, mas, podemos dizer que os maiores índices estão nas populações desenraizadas. Os assentamentos humanos feitos sem respeito às relações entre as pessoas geram violência e criminalidade.

7. Há que se ressaltar ainda o fato de que a inexistência de um planejamento urbano e de uma política intersetorial, integrada e inovadora, o

enfoque parcial das questões humanas, muitas vezes moralista, dificultam e tornam ineficiente o combate à violência.

8. A ampla representatividade da sociedade civil neste Seminário demonstra a existência de uma vontade política de diversos atores de compreender o fenômeno da violência na sociedade atual, suas causas e conseqüências numa visão intersetorial, chamando a atenção para a realidade em toda a sua complexidade.

9. Os diagnósticos parciais e as políticas setoriais por si só não respondem à gravidade do momento no que diz respeito à violência em suas mais diversas formas. Não basta, portanto, identificar déficit habitacional ou carências nutricionais. O fenômeno da violência requer uma postura ampla na realização dos diagnósticos e a implementação de políticas públicas intersetorializadas.

10. Os debates neste Seminário apontaram para a necessidade de quebra de resistências para a construção de consensos, que favoreçam o planejamento e a execução de políticas públicas que ampliem a democratização do Estado e dos espaços de cidadania, onde saúde e vida, justiça e paz sejam os parâmetros das ações do poder público.

11. O núcleo das discussões deste Seminário centrou-se nas questões relacionadas com os temas: Sistema de Justiça e Segurança; Saúde, Drogas e Violência no Trânsito; Educação, Comunicação e Violência; e, Violência, Desigualdades Sociais e Discriminação.

12. Considerando que é evidente a crise no Sistema de Justiça e Segurança Pública e que, a violência e a criminalidade têm como principais causas questões de ordem social, econômica e cultural. Considerando também outras causas relacionadas à administração da Justiça, além da cultura da impunidade e corrupção reinantes. Considerando ainda que todas essas questões, embora complexas, urgem serem enfrentadas com medidas concretas à curto, médio e longo prazo visando a profundas modificações no sistema de Justiça e de Segurança Pública, propõe-se:

a) criar fóruns permanentes de discussão sobre o Sistema de Justiça e Segurança Pública visando à proposição de ações preventivas de combate à violência priorizando a juventude e a violência doméstica; visando também a repensar o modelo penitenciário nacional; visando, ainda, a ações de sensibilização que promovam mudanças na cultura da impunidade e de corrupção que permeiam todos os níveis de convivência da sociedade.

13. Considerando que a violência não é inerente ao ser humano e sim um comportamento apreendido,

que possui múltiplas causas relacionadas aos indivíduos e à vida em sociedade, que não tem no fenômeno da pobreza sua causa determinante e atinge todos os grupos e classes sociais, propõe-se:

a) estimular a cultura da paz no processo educativo de crianças, adolescentes e jovens;

b) retomar na Câmara Federal a discussão do Projeto de Lei que institui a Política Nacional de Educação em Direitos Humanos;

c) incluir nos Parâmetros Curriculares Nacionais a questão da ética moral visando a ações que superem a violência nas escolas;

d) estimular, no Parlamento Brasileiro, a discussão sobre a implantação do sistema de cotas para estudantes racial e socialmente discriminados quando chegam ao momento do ingresso no Sistema de Ensino Superior, visando à concretização da política de ações afirmativas em nosso País;

e) criar junto ao Parlamento Brasileiro um Fórum Nacional Permanente de Diálogo e Aprendizado Coletivo na Superação da Violência.

14. Considerando a existência de um hiato entre o Brasil legal, que assume posições progressistas nos fóruns internacional e nacional de proteção e garantia dos direitos humanos e dos direitos das minorias (negros, mulheres e homossexuais) secularmente discriminadas e a operacionalização e efetivação de políticas públicas que dêem conta desses compromissos. Considerando também a necessidade real de controle social na implementação dessas políticas, propõe-se:

a) elaborar projeto de lei instituindo os Conselhos Estaduais e Municipais de Superação da Discriminação;

b) estimular o debate sobre a criação de Comissão Permanente de Relações Étnicas, de Gênero e Orientação Sexual da Câmara dos Deputados;

c) criação de uma rede informatizada de apoio às minorias;

d) implementar imediatamente o Conselho Social de Comunicação visando através dele a promover o combate à divulgação de estereótipos de mulheres, negros e homossexuais;

e) estimular a implementação de programas de capacitação e sensibilização dos profissionais da educação voltados para os direitos humanos;

f) estimular a inclusão na formação dos policiais militares e civis das temáticas do combate à discriminação contra mulheres, negros e homossexuais

e dos demais aspectos dos direitos humanos;

g) garantir a representação de mulheres, negros e homossexuais no Conselho Nacional de Educação e no Conselho Nacional de Saúde.

15. Considerando, no que diz respeito à saúde e violência, que as chamadas “causas externas”, que provocam o trauma, e incluem os homicídios, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho e domésticos, os suicídios e outras lesões e envenenamentos, constituem hoje, em nosso País, o segundo grupo de causa de morte, respondendo por quase 120 mil óbitos a cada ano e a 13% do total de mortes. Considerando também que os fatores associados a este crescimento vertiginoso da violência não têm uma causa isolada, pois, na verdade, são a confluência de vários fatores, tais como a desigualdade social, o tráfico de drogas e de armas, propõe-se:

a) implementação de uma Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violências a partir de uma série de ações articuladas e integradas de diversos setores do governo e da sociedade para minimizar o impacto da violência;

b) implementação de um conjunto de providências que toquem as causas subjacentes deste problema, como:

- controlar e limitar o comércio internacional de armas;
- a redução de promoção, uso e disponibilidade de arma de fogo;
- o desenvolvimento de métodos eficazes de lidar com o comércio de drogas;
- o combate à glorificação e mercantilização da violência, particularmente através dos meios de comunicação;
- a promoção de uma cultura de tolerância e administração de conflitos sem recurso à violência;
- a promoção da igualdade entre os gêneros;
- a educação para a garantia do respeito aos direitos humanos;
- a redução da pobreza, em particular das desigualdades intra-societárias;
- criar núcleo interdisciplinar de estudo do trânsito;
- criar uma base de dados sobre trauma e violência como início de um esforço nacional de dar prioridade à informação visando à implementação das políticas públicas de combate à

violência;

– desenvolver ações educativas que conscientizem a inadequação da ingestão de bebidas alcoólicas e direção de veículos automotores;

– empreender campanhas de massa visando à apreensão do conteúdo do Código de Trânsito, contrapondo a movimentos pelo abrandamento das punições relativas aos delitos de trânsito.

16. Considerando que a superação da violência urbana só será alcançada através de um trabalho conjunto do Estado e da sociedade civil como já anteriormente assinalado. Considerando também que a repressão, por si só, não resolve o problema da violência e que a prevenção é muitas vezes mais eficaz, propõe-se:

a) um trabalho articulado, integrando o Programa de Segurança Pública a outros programas sociais existentes no País;

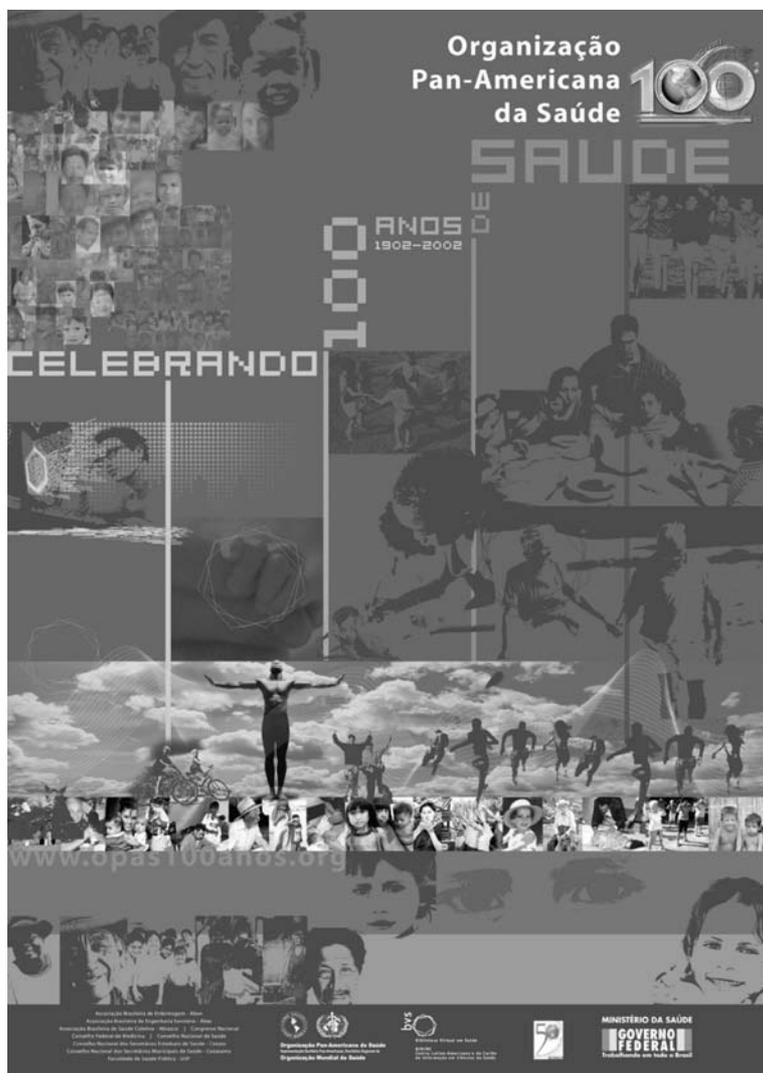
b) a alteração de legislações que tratam de diversos aspectos envolvendo a segurança pública e a violência urbana, como a lei do crime organizado, o Código Penal e o Código de Processo Penal;

c) criação de centros de referências para tratar da questão da violência, com a participação do Estado e setores da sociedade civil mais vulneráveis à violência urbana, a partir de levantamento de problemas e estabelecimento de diretrizes prioritárias;

d) criação e/ou incrementação de instrumentos que coíbam a violência doméstica, como delegacias especializadas em atendimento às mulheres vítimas de violência e casas de abrigo, devidamente equipadas, providas de recursos humanos capacitados e com estrutura multidisciplinar e multisetorial;

e) criação de programas de recuperação de agressores; capacitação do pessoal que trabalha nos Pronto-Socorros, para detectar em diversas patologias, seu relacionamento com a violência.

17. Por fim, este Seminário Nacional construído a partir de quatro audiências públicas realizadas pela Subcomissão de Violência Urbana e Segurança Pública da Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior da Câmara dos Deputados, com representantes da academia, do governo federal e de instituições oficiais de pesquisa, não se esgota com sua realização, pois o segundo passo deste debate nacional sobre a violência urbana se concretizará com a implementação dos Seminários Macrorregionais que realizar-se-ão a partir de março de 2002. Nesta segunda etapa, pretende-se manter as parcerias já existentes, que possibilitaram a realização deste Seminário Nacional, desta vez sob a



EXPEDIENTE

ISSN: 1676-9236
Boletim do Conselho Nacional de Saúde
Jornalista responsável: Paulo Henrique de Souza
(MTB 00869/JP/GO)

Tiragem: 5.500 exemplares
Periodicidade: Trimestral

Edição e informações:
Conselho Nacional de Saúde
Assessoria de Comunicação Social do CNS
Esplanada dos Ministérios, bloco G, anexo, ala B, 1.º andar, salas 128 a 147
CEP: 70058-900, Brasília - DF
Fones: (61) 225 6672 / 266 8803 / 315 2150 / 315 2151

Fax: (61) 315 2414 / 315 2472
E-mail: cns@saude.gov.br
Home page: conselho.saude.gov.br

Revisão, editoração, impressão, acabamento e distribuição:
EDITORA MS/Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE/MS
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040
Brasília - DF
Fones: (61) 233 2020 / 233 1774
Fax: (61) 233 9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br



www.saude.gov.br