

APRESENTAÇÃO

O Boletim Informativo n.º 22 do Conselho Nacional de Saúde traz os principais temas e deliberações aprovados e discutidos durante as reuniões ordinárias do CNS nos meses de fevereiro, março e abril de 2001. No mês de janeiro, não houve RO. Da relação, constam decisões envolvendo a Agenda Básica do CNS para 2001, avaliação da 11.ª Conferência Nacional de Saúde, propostas de parâmetros assistenciais no SUS, saneamento público e a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidente e Violência.

Como forma de dar ainda mais transparência às discussões do plenário do CNS incluímos no documento a publicação dos resumos executivos das reuniões ordinárias dos respectivos meses. Com essa leitura, será possível perceber os temas de relevância institucional vinculados ao setor saúde.

Nesta edição, podemos encontrar informações e atos que causaram mudanças no relacionamento entre gestores, profissionais, prestadores de serviço e usuários do Sistema Único. As anotações serão de grande valia para os estudiosos e responsáveis pela elaboração de programas e políticas que objetivam o aperfeiçoamento do SUS.

A versão on line de todas as deliberações aprovadas e incluídas neste exemplar também podem ser acessadas pela internet. O endereço do site é conselho.saúde.gov.br.

NESTA SEÇÃO

| | |
|---|----|
| Apresentação | 01 |
| 105ª Reunião Ordinária do CNS/Fevereiro/2001 | |
| Resumo Executivo | 01 |
| 106ª Reunião Ordinária do CNS/Fevereiro/2001 | |
| Resumo Executivo | 04 |
| Resoluções | 07 |
| Moções | 09 |
| Deliberações internas | 11 |
| 107ª Reunião Ordinária do CNS/Fevereiro/2001 | |
| Resumo Executivo | 13 |
| Recomendações | 17 |
| Anexos da edição | 21 |

105ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS RESUMO EXECUTIVO – FEVEREIRO/2001

ABERTURA

Aos sete e oito dias de fevereiro de dois mil e um, na sala de reunião “Conselheiro Omilton Visconde” do Conselho Nacional de Saúde, teve início a 105.ª Reunião Ordinária do CNS.

INFORMES

1) Novos Conselheiros representantes das Entidades Médicas e do CONASEMS: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos cientificou os Conselheiros sobre as substituições ocorridas nas representações de Entidades Nacionais Médicas, sendo o novo titular o Conselheiro Edson de Oliveira Andrade, Presidente do

Conselho Federal de Medicina e, como titular do CONASEMS, o Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira, presidente da entidade.

2) Novos Conselheiros representantes dos Usuários Portadores de Patologias e Deficiências: A Conselheira Ana Maria Lima Barbosa informou que, em 26/01/2001, ocorrera a reunião do Fórum Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências, tendo sido eleitas as entidades representativas do CNS, alterando-se apenas a representação dos “renais crônicos” pela representação de “saúde mental”. Acrescentou, ainda, que seria encaminhada à Secretaria Executiva do CNS a relação das entidades que irão exercer a função de suplentes.

3) Material da Apresentação da 104.ª Reunião Ordinária - “Controle do Câncer Cérvico-Uterino”: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que o material referente à apresentação “Controle do

Câncer Cérvico-Uterino” constava das pastas dos Conselheiros.

4) Relatório das Atividades da CONEP/2000 e seu Regimento Interno: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que o Regimento Interno da CONEP, atualizado, constava das pastas dos Conselheiros, e que, se houvessem propostas de alteração no texto do Regimento, as mesmas deveriam ser encaminhadas à Secretaria Executiva do CNS.

5) Novo Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ): O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que o Dr. Paulo Buss é o atual Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, tendo este se comprometido a discutir com o CNS a política de atuação da FIOCRUZ.

6) Acidentes dos Conselheiros Climério S. Rangel e Ana Maria Lima Barbosa: A Conselheira Maria Lêda Rezende Dantas relatou os acidentes ocorridos com os Conselheiros Climério Rangel e Ana Maria Lima Barbosa, ressaltando que determinados ambientes coletivos não estavam preparados para atender às pessoas portadoras de necessidades especiais; e aproveitou a oportunidade para registrar a importância do trabalho dos Conselheiros de Saúde portadores de patologias e deficiências perante o controle social.

7) Desligamento do Conselheiro Carlyle Guerra de Macedo: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos cientificou o Plenário sobre o desligamento do Conselheiro Carlyle G. Macedo, fundamentado na sua visão ética e política da atual conjuntura política brasileira e não na alteração do Decreto Presidencial que criara o CNS.

8) Cartilha da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais, Municipalização da Saúde: O Conselheiro José Luiz Spigolon informou que as Federações das Santas Casas, em seus respectivos estados, procuravam enfatizar determinada área de atuação e que a Federação de Minas Gerais criara um “Grupo de Soluções Continuadas”, que organizara pesquisas procurando caracterizar o perfil das instituições filantrópicas, bem como a sua relação com os convênios do SUS e a população brasileira, com vistas à municipalização do sistema de saúde. Esse trabalho resultara em uma Cartilha Informativa para administradores e dirigentes de instituições filantrópicas.

9) Presidência do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos do Estado de São Paulo (SINDUSFARMA): O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que o Senhor Omilton Visconde Filho assumira a presidência do SINDUSFARMA.

10) Encaminhamento das Articulações da Aplicação da E.C. n.º 29: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que, para evitar dúvidas interpretações na aplicação da E.C. n.º 29, a sociedade civil organizada mobilizara-se para garantir a sua correta aplicação, ressaltando a atuação da Associação Brasileira de Membros dos Tribunais de Contas, que elaborara documento sobre a questão. O mesmo,

depois de aperfeiçoado, será apresentado ao CNS.

11) Versão Final do Relatório do GT/CNS da Regionalização das Ações e Serviços de Saúde: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que a versão final do Relatório do GT/CNS sobre Regionalização das Ações e Serviços de Saúde constava das pastas dos Conselheiros, ressaltando o bom resultado e sua repercussão no Ministério da Saúde.

12) III Conferência Nacional de Saúde Indígena - andamento da preparação: A Conselheira Zilda Arns informou que o Comitê Executivo da III Conferência Nacional de Saúde Indígena formulara o regulamento, e que o Regimento Interno havia sido concluído, necessitando apenas ser submetido ao Comitê Executivo. Fez, ainda, o relato da visita da Comitiva ao Timor Leste, comprometendo-se a apresentar relatório na 106.ª Reunião Ordinária do CNS. Na oportunidade, comentou que encaminhara carta ao Ministro da Saúde, com o conhecimento do Presidente da CNBB, referente às manobras políticas sobre a questão do aborto, ocorridas durante as votações da 11.ª Conferência Nacional de Saúde.

13) Encaminhamento da 3.ª Versão das “Diretrizes para NOB/RH do SUS” e do Relatório do GT/CNS “Efetivação do Acesso e Humanização da Atenção à Saúde no SUS”: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que encaminhara o documento “Diretrizes para NOB/RH do SUS”, solicitando parecer às seguintes entidades: CONASS, CONASEMS, Confederação das Misericórdias do Brasil, Confederação Nacional de Saúde do Setor Privado e Lucrativo, Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário da Faculdade de Saúde Pública, Instituto de Direito Sanitário, Procuradoria do Trabalho, Ministério Público e Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde. Com relação ao Relatório do Grupo de Trabalho “Efetivação do Acesso e Humanização da Atenção à Saúde no SUS”, comentou que o mesmo fora apresentado na 11.ª Conferência Nacional de Saúde e, após serem consideradas as contribuições apresentadas naquela ocasião, seria concluída a versão final e, posteriormente, apresentada ao Plenário do CNS.

14) Aprimoramento do Encaminhamento de alguns itens da Pauta da Reunião Ordinária do CNS: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que a Comissão de Coordenação-Geral do CNS decidira adotar novos procedimentos com relação a assuntos que, devido à sua profundidade, são, em sua maioria, remetidos à análise de grupo de trabalho. E disse que o aprimoramento do processo consistirá em solicitar, previamente, pareceres preliminares de um a três Conselheiros.

ITEM 02 - RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DA CONEP EM 2000

O Conselheiro William Saad fez breve relato sobre as bases conceituais da ética em pesquisa e, também, da constituição da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); e, em seguida, das atividades

desenvolvidas pela Comissão a partir de 1996: 1) transformação do Grupo Executivo que elaborara a resolução n.º 196 em 1.ª Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e, posteriormente, em Comissão Nacional de Ética em Pesquisa; 2) instituição, em 1997, dos Comitês de Ética em Pesquisa, bem como o respectivo cadastramento em 2000; 3) reuniões periódicas da CONEP (mensais); 4) análise de dez mil projetos/ano; 5) publicação dos “Cadernos de Ética em Pesquisa”; 6) realização de cinco Encontros Regionais dos Comitês de Ética em Pesquisa e do I Encontro Nacional dos Comitês de Ética em Pesquisa; 7) realização de aproximadamente cem conferências; 8) participação em eventos internacionais; 9) implantação de sistema informatizado de dados; e 10) vigilância para eventos adversos. Falou, também, sobre o 6.º Congresso Mundial de Bioética, que será realizado no Brasil, em 2002, na Reunião Internacional de Bioética/OMS; e na Reunião das Associações Nacionais de Bioética, que será presidida pelo Conselheiro.

ITEM 03 - PROPOSTA DE MÉTODO PARA ELABORAÇÃO DA AGENDA BÁSICA/CNS/2001

O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos lembrou que, como nos anos anteriores, a agenda básica do CNS para o ano de 2001 seria elaborada por um Grupo de Trabalho e apresentada aos Conselheiros proposta de método, por meio de áreas temáticas básicas, citando cinco exemplos: 1) promoção da saúde; 2) modelo assistencial; 3) financiamento; 4) regulação das operadoras privadas de planos e seguros de saúde; e 5) aprimoramento orgânico e funcional do controle social. Assim, foi constituído Grupo de Trabalho para elaboração da Agenda Básica do CNS, composto pelos Conselheiros Augusto Alves Amorim, Diógenes Sandim Martins, Neilton Araújo de Oliveira e Lindomar Tomé Lopes, contando com o acompanhamento da Conselheira Maria Lêda de Rezende Dantas.

ITEM 04 - INVESTIMENTOS DA FUNASA/MS EM SANEAMENTO, NO ANO 2001: RECURSOS, PORTARIA N.º 176/2000 DA FUNASA, OBJETIVOS E MÉTODOS

O Conselheiro Carlos Corrêa Martins, Coordenador da Comissão de Saneamento do CNS, destacou pontos importantes decorrentes da análise efetuada com relação à previsão de investimentos da FUNASA/MS no setor: 1) reconhecimento da importância dos recursos destinados ao setor Saúde para estruturar os pequenos municípios com indicadores de pobreza e baixa qualidade de vida, serviços e ações de saneamento básico; 2) comprometimento em assegurar mecanismos de controle social na priorização dos investimentos e no acompanhamento da sua aplicação; 3) estimulação da participação e do compromisso dos gestores e Conselhos do SUS na elaboração dos projetos de avaliação dos resultados positivos para a saúde da

população; 4) garantia de que os recursos para saneamento básico sejam regidos pelos princípios do SUS, consubstanciados nas Leis de números 8.080 e 8.142 e na sua NOB; e 5) análise das aplicações da proposta de privatização do setor Saneamento no Brasil, em estudo pelo governo federal.

ITEM 05 - A PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL - QUATORZE REFLEXÕES E DOZE QUESTÕES PENDENTES

O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos sugeriu que fosse constituído Grupo de Trabalho do CNS para apreciar o documento “Quatorze Reflexões e Doze Questões Pendentes”, sendo a sugestão aprovada, sem a indicação dos componentes do GT. A propósito, foram instituídos mais três Grupos de Trabalho: o primeiro para elaborar proposta de objetivos e metas para a organização das Plenárias de Conselheiros, sendo o mesmo composto pelos Conselheiros Ana Maria Lima Barbosa, Temístocles Marcelos Neto, Jocélio Drummond, Zilda Arns, Edson de Oliveira Andrade e Sérgio Magarão. O segundo para apresentar proposta de Projeto de Lei para substituir o Decreto que dispõe sobre a composição do CNS, composto pelos Conselheiros Carlos Corrêa Martins, Gilson Cantarino, Zilda Arns, Zenite B. Freitas, Jocélio Drummond e Neilton de Araújo Oliveira. Ainda, um terceiro grupo para proceder à revisão da Resolução n.º 33/MS, composto pelos Conselheiros Climério Rangel, José Carvalho de Noronha e Maria Lêda Rezende Dantas. O primeiro e o terceiro GT ficaram com o prazo de 30 dias, e o segundo GT com prazo de 60 dias, para apresentarem seus relatórios.

ITEM 06 - QUESTÕES DA POLÍTICA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA

A Dra. Beatriz Tess, Diretora do Departamento de Ciência e Tecnologia, do Ministério da Saúde, relatou o andamento das discussões sobre a proposta de criação da Agência Nacional de Ciência e Tecnologia, voltada para pesquisas estratégicas do setor Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, a partir de um diagnóstico do contexto nacional atual, constatando que: 1) a capacidade instalada tecnológica do País é suficiente para atender as necessidades; 2) há disponibilidade de recursos biológicos e humanos em prol da Saúde do País; 3) há investimentos tecnológicos escassos ou difusamente distribuídos; 4) as diretrizes do governo, da comunidade científica e das agências de financiamento são elaboradas de forma desarticulada e não integradas; 5) baixa incorporação do conhecimento; e 6) concentração dos centros de pesquisa no eixo Sul-Sudeste.

ITEM 07 - PROPOSTA DE PARÂMETROS ASSISTENCIAIS DA SAS/MS

Os Conselheiros Neilton Araújo de Oliveira e José Luiz Spigolon destacaram pontos importantes da Proposta de Alteração de Parâmetros Assistenciais da SAS/MS. Foi constituído Grupo de Trabalho para

proceder à análise da proposta, com prazo de 60 dias para apresentar seu relatório, composto pelos seguintes Conselheiros: Gilson Cantarino, Neilton Araújo de Oliveira, Olímpio Távora, Maria Natividade Gomes Teixeira Santana, Neide Regina Barriguelli e José Carvalho de Noronha.

ITEM 08 - RELATO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT)

O Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira fez o relato da Reunião da Comissão Intergestores Tripartite, ocorrida em 15/12/2000, que abordara os seguintes pontos: 1) apreciação do documento da regionalização; 2) Portaria n.º 132 do Ministério da Saúde; 3) habilitação de estados e municípios na questão epidemiológica e de controle de doenças; e 4) capacitação de novos gestores.

ITEM 09 - PROPOSTA DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE, DA SPS E SAS/MS

O Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira observou que a Proposta de Interiorização do Trabalho em Saúde, apresentada pelas Secretarias de Políticas de Saúde e de Assistência à Saúde, ambas do Ministério da Saúde, previa a participação de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que, voluntariamente, se dispusessem a atuar em municípios que possuem restrita ou nenhuma assistência médica. A proposta poderia ser considerada como um estímulo aos profissionais de saúde, porém, em caráter temporário, sendo suspensa à medida que o município tivesse condições de assumir total responsabilidade pela saúde de seus habitantes. Em seguida, o Conselheiro Cláudio Duarte prestou os devidos esclarecimentos sobre os aspectos funcionais da proposta de interiorização do trabalho em saúde. O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos sugeriu à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos que procedesse o acompanhamento da proposta de interiorização.

ITEM 10 - PRONUNCIAMENTO DA SUB-PROCURADORA GERAL DA REPÚBLICA, DRA. MARIA ELIANE MENEZES DE FARIAS, PROCURADORA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

A Dra. Maria Eliane Menezes de Farias, Procuradora Geral dos Direitos do Cidadão e Subprocuradora Geral da República, ressaltou que as atividades do Ministério Público na área da Saúde haviam sido iniciadas devido à demanda da sociedade civil organizada, e fez comentários sobre a atuação da Procuradoria Geral dos Direitos do Cidadão, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

ITEM 11 - ORÇAMENTO DO MS - 2001 E EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO MS E UNIÃO - 2000

O Prof. Elias Jorge fez a apresentação do Relatório da Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS (COFIN), esclarecendo e submetendo ao Plenário as

seguintes sugestões: 1) que o Plenário do CNS indique representantes, titular e suplente para compor a Câmara Técnica do SIOPS; 2) que o plano de trabalho de 2001 seja a continuidade das atividades desenvolvidas no ano 2000; 3) que seja aprovado o relatório apresentado, bem como o material de apoio a ele anexado. O relatório foi aprovado, bem como foram designados para representar o CNS junto à Câmara Técnica do SIOPS, os Conselheiros Olympio Távora e Lindomar Tomé Lopes, como titular e suplente, respectivamente, além da colaboração do Prof. Elias Jorge. Em seguida, o Dr. Arinaldo Rosendo Bonfim, Secretário de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, respondeu as perguntas dos Conselheiros sobre as planilhas orçamentárias apresentadas na 104.ª Reunião Ordinária, bem como sobre o orçamento do Ministério da Saúde para o ano de 2001.

ITEM 12 - RESOLUÇÃO RDC-041 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Foi aprovada Comissão Permanente/CNS para proceder estudo, acompanhar e apresentar propostas de alteração da Resolução n.º 41/Agência Nacional de Saúde Suplementar, que exclui procedimentos de alta complexidade da assistência aos usuários de planos e seguros privados de saúde, em caso de doença preexistente. O Conselheiro Mário Scheffer ficou de, na próxima Reunião Ordinária do CNS, apresentar proposta de composição da referida Comissão.

ITEM 13 - OBSERVAÇÕES PRELIMINARES SOBRE A 11.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A Dra. Elizabeth Barros apresentou a versão preliminar do relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde, destacando que a mesma revelara maturidade por parte de seus participantes. Acrescentou que o relatório fora elaborado com base em uma estrutura temática e apresentava proposições referentes ao controle social, financiamento, modelos de atenção e gestão, políticas específicas do Ministério da Saúde, recursos humanos e informação, educação e comunicação.

106ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

RESUMO EXECUTIVO – FEVEREIRO/2001

ABERTURA

Aos sete e oito dias de março, de dois mil e um, na sala de reunião "Conselheiro Omilton Visconde", do Conselho Nacional de Saúde, teve início a Centésima Sexta Reunião Ordinária do CNS.

INFORMES

01 Destaques de Aspectos da Pauta: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos ressaltou pontos da

pauta, tecendo breves comentários sobre os itens 02, 03, 04, 07, 09, 10, 11, 12.

02) Transmissão e Controle da Febre Amarela no Brasil:

O Dr. Jarbas Barbosa fez explanação sobre o tema, com um breve histórico, análise do número de casos e sua distribuição por municípios, os grupos populacionais mais atingidos, características do surto MG, as doses de vacinas aplicadas na população durante o ano e encerrou com um relato das estratégias de controle.

03) Aspectos Administrativos: Indicação de Novos Conselheiros pelas Entidades e Fóruns (Representação do CONAM), Relações dos Conselheiros com o Apoio, Material de Apoio e Outros: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos cientificou os Conselheiros sobre as substituições ocorridas nas representação da Entidade Nacional de Portadores de Doenças Patológicas e Deficiências - Pestalozzi, sendo a nova titular a Conselheira Gyséle Saddi Tannous, como titular da Associação Brasileira de Talassêmicos - Abrasta, o Conselheiro Alexandre Soares. Houve, ainda, substituição na representação da Associação Franco Basaglia, sendo a nova titular a Conselheira Vera Lúcia Marques Vita.

04) Aplicação da E.C. n.º 29: Articulação SE/CNS, SIS/MS, MPF, ATRICON, CSSF/CF, CAS/SENADO, CONASS e CONASEMS: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou sobre a ocorrência de divergências na aplicação da EC n.º 29, tanto no nível federal, como estadual e municipal. Porém, está sendo elaborado um documento de consenso por vários órgãos do legislativo e do executivo, e este será trazido para a plenário tão logo seja definido.

05) Situação do "PAS" em São Paulo perante Deliberação Específica do CNS na Época do seu Lançamento: O Conselheiro Cláudio Duarte de Fonseca informou que o município de São Paulo retornara à gestão do SUS. A propósito, foi aprovada uma Moção de Apoio, proposta pelo Conselheiro Jocélio Henrique Drummond.

06) Agenda de Metas Nacionais Prioritárias, Planos e Relatórios de Gestão: O Conselheiro Cláudio Duarte de Fonseca relatou ao CNS sobre a necessidade da construção de uma Agenda Nacional de Saúde - 2001 conjunta com os Conselhos, no sentido de subsidiar um processo de elaboração e atualização dos planos (nacional, estadual e municipal), para a definição de eixos de intervenção nos sistemas. O Conselheiro apresentou uma proposta contendo seis eixos prioritários: 1) Redução da mortalidade infantil e materna; 2) Controle de doenças e agravos prioritários; 3) Reorientação do modelo assistencial descentralização; 4) Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; 5) Desenvolvimento de profissionais do setor saúde; 6) Qualificação do controle social.

07) Projeto "Bolsa-Saúde": O Conselheiro Cláudio Duarte de Fonseca informou que o projeto não estava finalizado, e quando isso ocorresse, o projeto retornaria para apresentação.

08) Dia Internacional da Saúde: 07 de Abril - "A Saúde Mental": O Senhor Pedro Delgado fez uma explanação sobre o assunto, explicando que todos os anos a OMS define um tema, sendo o deste ano o da saúde mental. O lema da campanha brasileira será "Cuidar sim, excluir não".

ITEM 02 - "INVESTIMENTOS EM SANEAMENTO BÁSICO, EM 2001, PELA FUNASA" - RELATO E PROPOSTAS DA CISAMA/CNS

O Conselheiro Temístocles Marcelos fez breve relato sobre as seguintes questões: 1) o atendimento aos critérios epidemiológicos definidos na Portaria 176, de 28/03/2000, da FUNASA/MS. 2) os bolsões populacionais das grandes cidades e regiões metropolitanas com baixíssimos IDH e excluídos da cobertura de saneamento básico através do Projeto Alvorada e dos critérios da Portaria 176. 3) legalidade do SUS em formular políticas. 4) a garantia dos recursos da Portaria (e Projeto Alvorada) para a manutenção dos equipamentos, evitando a sua rápida deterioração. Falou sobre o Projeto de Lei 4.147/2001 o Deputado Federal Sérgio Novaes. Ao final de sua explanação, sugere que o CNS envie todos os esforços para que o Executivo retire o caráter de Urgência Constitucional do projeto de lei em tramitação na Câmara dos Deputados. O plenário do CNS aprovou uma Recomendação e uma Moção nesse sentido

ITEM 03 - POLÍTICA DE SAÚDE E VIOLÊNCIA

A Professora Cecília Minayo apresentou um documento contendo os seguintes tópicos: 1) Parte do conceito ampliado da saúde; 2) Inclui-se dentro da perspectiva da promoção; 3) Define violência e acidente como problemas sociais; 4) Estabelece os marcos da intersetorialidade; 5) Evidencia as diferenciações dos grupos mais vulneráveis em relação à mortalidade e a morbidade; 6) Analisa a responsabilidade específica do setor saúde; 7) Faz um diagnóstico das debilidades atuais. E por fim, delinea estratégias para a ação do Ministério. O DOCUMENTO FOI APROVADO PELO CONSELHO E HOUE A FORMAÇÃO DE UM GRUPO DE TRABALHO, COMPOSTO PELOS CONSELHEIROS: JOSÉ CARVALHO NORONHA, MARIA LEDA DE R. DANTAS, MOZART DE ABREU LIMA, NEILTON ARAÚJO DE OLIVEIRA E ZILDA ARNS NEUMANN PARA MOBILIZAR INTENSAMENTE OS CONSELHOS DE SAÚDE, ENTIDADES E AUTORIDADES ENVIDANDO ESFORÇOS PARA O RECONHECIMENTO E TRATAMENTO DA VIOLÊNCIA COMO PRIORIDADE DA SAÚDE PÚBLICA. (VER ANEXOS)

ITEM 04 - PROPOSTA DE AGENDA BÁSICA/CNS 2001

O Conselheiro Augusto Alves de Amorim relatou a proposta elaborada pelo Grupo de Trabalho da Agenda Básica do CNS - 2001 (Conselheiros: Diógenes S. Martins, Augusto Alves de Amorim, Maria Leda R.

Dantas, Lindomar T. Lopes e Neilton Araújo de Oliveira), contendo seis eixos temáticos: 1) Promoção da Saúde; 2) Modelo de Atenção e de Gestão; 3) Política de Recursos Humanos; 4) Financiamento SUS; 5) Regulação das Operadoras de Planos de Seguros de Saúde e a prática do controle social; 6) Desenvolvimento e aprimoramento orgânico e funcional da Rede de Conselhos de Saúde. O Conselheiro Jocélio Henrique Drummond solicitou vistas do documento.

A Agenda de metas nacionais prioritárias, planos e relatórios de gestão foi apresentada pelo Conselheiro Cláudio Duarte da Fonseca, e amplamente discutida e aprovada pelo CNS com duas ressalvas: 1) a necessidade de haver uma discussão, em esfera nacional, da agenda entre os gestores e o controle social e 2) que o processo da elaboração da agenda permita que haja a discussão dos desdobramentos dos eixos apresentados.

ITEM 05 - A QUESTÃO JUDICIAL NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO E OUTROS PROCEDIMENTOS

O Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira apresentou as ementas e destacou o Projeto-Lei do Senador Arlindo Porto nº 031/71 dentre os 274 Projetos-Lei que tiveram seu resumo apresentado na centésima quinta reunião da plenária do Conselho Nacional de Saúde. A propósito, ficou deliberada a criação de uma comissão para o acompanhamento do trâmite desses assuntos no Congresso Nacional. O Conselheiro Luiz Gonzaga Araújo, juntamente com a assessoria parlamentar, formariam essa comissão.

ITEM 06 - ENCAMINHAMENTO DE PROPOSTA DA COMISSÃO COMUNICAÇÃO SOCIAL/CNS

Item discutido juntamente com o Item 10.

ITEM 07 - DIRETRIZES PARA O REGIMENTO INTERNO DA PLENÁRIA NACIONAL DE SAÚDE

A Conselheira Zilda Arns Neumann apresenta o documento "Diretrizes para Plenária Nacional de Conselhos de Saúde - Proposta Preliminar." O mesmo não foi aprovado porque não provinha da unanimidade do grupo. Foi aprovada, com uma abstenção, a permanência do grupo de trabalho que terá que se reunir com a comissão de organização da plenária, por volta de dez dias antes da reunião do Conselho, e trazer, já para a reunião de abril, uma proposta mais discutida e conversada.

ITEM 08 - RELATO DE REUNIÃO DA CIT DE 15-02-01

O Conselheiro Cláudio Duarte da Fonseca fez relato da reunião da CIT de 15-02-01, ocasião na qual foram discutidos os seguintes pontos: 1) Impacto da PEC no orçamento dos Governos Estaduais; 2) Plano nacional de reorganização de atenção a Diabetes e a Hipertensão; 3) Regulamentação da NOAS; 4) Habilitação de Estados e Municípios nas ações descentralizadas de epidemiologia e controle de doenças; 5) habilitação de Municípios na

Gestão Plena de atenção básica; 6) Informe sobre o Cadastro Nacional dos Usuários do SUS; 7) Ficou estabelecida para discussão na próxima reunião a questão da descentralização e universalização dos exames cargo-viral e de HIV, CD4 e CD8; 8) Informe sobre o programa de interiorização do trabalho de saúde. O conselheiro Neilton Araújo de Oliveira relatou os seguintes pontos adicionais também tratados na reunião: 1) Incentivo à saúde da família; 2) Cadastro de servidores federais cedidos aos Estados e Municípios; 4) Apresentação, por parte da SAS, de uma portaria de incentivos financeiros aos serviços filantrópicos. Ademais, o Conselheiro Gilson Cantarino O'Dwyer fechou a apresentação do relatório sobre a reunião somando ainda os seguintes pontos: 1) A formação de uma comissão para avaliar a situação do Município de Viana na questão da habilitação de Estados e Municípios na questão epidemiológica e controle de doenças; 2) Compactuação e encaminhamento, pelo CONASS e CONASEMS dos balanços orçamentários relativos ao ano 2000.

ITEM 09 - REVISÃO DA RESOLUÇÃO CNS Nº 33 DE 23.12.92

Item não discutido, adiado para a próxima reunião.

ITEM 10 - PAPEL E ATUAÇÃO DO CNS NO PROCESSO DE REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O Conselheiro Mário César Scheffer apresentou ao Conselho o documento "Papel do CNS na Regulamentação da Saúde Suplementar", presente na pasta dos Conselheiros, contendo pressupostos, diretrizes e encaminhamento para a criação de uma Comissão de Saúde Suplementar do CNS para fazer o acompanhamento da matéria no Congresso Nacional e, na medida do possível, propor o aprimoramento da Legislação. A comissão já nasceria com dois objetivos imediatos: Realização de Audiência Pública sobre "Saúde Suplementar" e acompanhamento da agenda da ANS. A comissão foi aprovada com a seguinte constituição: Conselheiro Mário César Scheffer na coordenação, Conselheiros Maria Leda de R. Dantas, Jocélio Henrique Drummond, José Luiz Spigolon, Neilton Araújo de Oliveira, Edson de Oliveira Andrade, Sylvio Romero Figueiredo Costa, sendo seu suplente o Conselheiro Fernando Passos Cupertino. Ainda comporiam esta comissão um Conselheiro representante das Entidades Nacionais de Outros Profissionais da Área de Saúde e um Conselheiro representante da ABRASCO.

ITEM 11 - PROPOSTA DE PARÂMETROS ASSISTENCIAIS DA SAS/SPS/MS - RELATÓRIO PARCIAL

A Conselheira Maria Natividade G. S. T. Santana apresentou o relatório do grupo de trabalho sobre a Proposta de Parâmetros Assistenciais da SAS/MS, constante na pasta dos Conselheiros. O documento foi

aprovado, por unanimidade, com uma alteração que adiciona, na segunda recomendação do relatório, a seguinte preposição: "A adequação do perfil da oferta de serviços ao perfil epidemiológico e social da necessidade da população em cada região do país, em cada nível de complexidade, requer indicadores de forte impacto na variação das médias racionais."

ITEM 12 - PROPOSTA REFERENTE AO ANTEPROJETO DE LEI PARA SUBSTITUIR O DECRETO 99.438/90, QUE DISPÕE SOBRE A ORGANIZAÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO CNS - RELATO PARCIAL

Item não discutido.

ITEM 13 - RELATO DA COFIN/CNS E SPO/MS

Item não discutido por motivo de doença do Assessor Elias A. Jorge. Para a próxima reunião serão apresentados dois relatórios.

ITEM 14 - ORGANIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DA 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. AVALIAÇÃO E PROPOSTAS

A Dra. Rita B. Barata apresentou o resultado da avaliação feita com os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde, que continha os seguintes pontos: 1) Material promocional; 2) Entrega do material; 3) Qualidade do material; 4) Secretaria; 5) Alimentação; 6) Instalações; 7) Alojamentos; 8) Programação; 9) Interesse pelos temas; 10) Avaliação geral; 11) Temas para a próxima Conferência; 12) Pontos fortes; 13) Pontos fracos; 14) Sugestões para a próxima. Em decorrência dessa avaliação, a Dra. Rita B. Barata sugeriu ao plenário que: 1) O Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e os Conselhos Municipais façam um extrato do relatório com questões mais prioritárias para a orientação do seu trabalho; 2) Discutisse sobre a possibilidade de adiar a Conferência para não coincidir com anos eleitorais, tendo um maior intervalo de tempo em relação às conferências estaduais; 3) Cada Estado assuma as despesas da sua delegação; 4) Encontrasse outra forma de organização da conferência concernente à questão de quorum e deliberações. O lançamento do relatório ficou para ser discutido na reunião de abril.

ITEM 15 - SUGESTÕES DE PAUTA PARA A 107ª REUNIÃO ORDINÁRIA E ENCERRAMENTO

1) Os Grupos de Trabalho que não apresentaram relatório completo nessa reunião, ficam automaticamente pautados para a próxima reunião; 2) Grupo Técnico para fazer uma súmula do relatório da 11ª Conferência Nacional da Saúde, composto pelos mesmos Conselheiros participantes da comissão organizadora; 3) Discussão das propostas da Dra. Rita B. Barata; 4) Discussões do acompanhamento do Conselho Nacional de Saúde às questões do REFORSUS e do VIGISUS pautados para a próxima reunião; 5) Relatórios sobre os programas estratégicos do PPA, com atenção

especial aos prestadores de deficiência; 6) Parecer sobre a Proposta de Agenda Básica dado pelo Conselheiro Jocélio Henrique Drummond; 7) Questão da Regulamentação da Constituição Federal quanto aos Recursos Humanos do SUS; 8) Apresentação do relato do Grupo de Trabalho sobre violência. 9) A questão do Grupo de Trabalho que teve sua apresentação sobre as Diretrizes para Regimento Interno da Plenária Nacional de Saúde continua pautada para a próxima reunião, tendo o grupo sua reunião marcada para o dia 30 de março, ou seja, cinco dias antes da reunião do Conselho.

EXTRAPAUTA

1. O plenário do Conselho Nacional de Saúde, através de várias manifestações, prestou homenagem ao Dia Internacional da Mulher.

2. O Conselheiro Cláudio Duarte da Fonseca sugeriu que fosse registrado em ata e fosse enviado à família e ao Secretário de Saúde do Estado de São Paulo, um voto de pesar do Conselho Nacional de Saúde pelo falecimento do Governador Mário Covas. A plenária aprovou tal atitude.

RESOLUÇÕES

TEMA: saneamento e meio ambiente Nº 308/08 DE MARÇO DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de março de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

1. O Projeto de Lei 4.147/2001 que tramita na Câmara Federal, em caráter de Urgência Constitucional, instituindo diretrizes nacionais para a prestação dos serviços na relevante e complexa área de saneamento básico, questão estratégica e fundamental para a saúde pública da sociedade brasileira, com prazo exíguo, implicando em prejuízo da imprescindível discussão no Congresso Nacional e com a sociedade;

2. O que determina o inciso 4 do artigo 200, da Constituição Federal, sobre a competência do Sistema Único de Saúde em participar na formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

3. A Lei 8.080/90 que estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

4. A Lei 8.142/90 que define os conselhos de saúde como instâncias de controle social, órgãos colegiados de caráter permanentes e deliberativos e compostos por representantes do governo, prestadores de ser-

viços, profissionais de saúde e usuários, com competência legal para participar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde;

5. A posição assumida pelo Ministério da Saúde explicitada no Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável, documento oficial amplamente discutido tanto no âmbito do Poder Executivo quanto nos fóruns das entidades representativas da sociedade civil, e apresentado na Conferência Pan-Americana Sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável (COPASAD), em julho de 1995, no qual reconhece:

- que a titularidade dos serviços de saneamento seja municipal;
- que se deva buscar a universalidade do atendimento com equidade, garantindo o acesso à população de baixa renda, abrangendo os serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza pública, drenagem urbana e controle de vetores;
- que se deva buscar institucionalizar o setor saneamento, com a implementação de marco legal, democraticamente discutido, privilegiando os princípios de caráter público do saneamento, da descentralização, do controle social e da intersectorialidade, com especial ênfase para a relação com a saúde e o controle ambiental;

6. Que o PL 4.147/2001 ao transferir simplesmente a titularidade dos serviços de interesse comum do Município para o Estado, não contempla as práticas promissoras da titularidade compartilhada e dos consorciamentos, no caso das bacias hidrográficas e regiões conurbadas;

7. Que o PL 4.147/2001 tem um viés privatizante, sem garantia da relevância pública das ações de saneamento;

8. Que o PL 4.147/2001 trata apenas do abastecimento de água e do esgotamento sanitário, não considerando os outros serviços de saneamento;

9. As conseqüências negativas que o PL 4.147/2001 poderá trazer à qualidade de vida e à saúde pública da sociedade brasileira; e

10. A Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 302, de 06 de abril de 2000, na qual define a participação do CNS em todos os fóruns onde se formule a Política Nacional de Saneamento, conforme definido na Constituição Federal/88 e nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90;

RESOLVE:

1. Solicitar ao Excelentíssimo Senhor Presidente da República que, em face do exposto, reconsidere a decisão da Urgência Constitucional na tramitação do Projeto de Lei nº 4.147/2001, com a redefinição de um prazo de, pelo menos, 90 dias para o esclarecimento técnico, político e público das implicações para a sociedade brasileira das diretrizes sugeridas pelo referido Projeto de Lei;

2. Solicitar, face a complexidade e implicações de uma decisão relevante para a saúde pública, ao Presidente da Câmara dos Deputados e aos líderes partidários da conveniência de se retirar o caráter da urgência constitucional do referido Projeto, para que se viabilize a realização de um consistente debate sobre a matéria no Congresso Nacional.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Aprovada pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde em 308 de 08 de março de 2001.

TEMA: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência Nº 309/08 DE MARÇO DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de março de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando que:

a) o alarmante crescimento da mortalidade por causas externas no país nas últimas décadas, que em vários centros urbanos já ultrapassa a causada pelo câncer, figurando como a segunda causa de mortalidade;

b) dentre as várias causas externas de mortalidade, o que cresce mais intensamente são os homicídios, que na última década ultrapassaram os acidentes de trânsito, colocando-se como a primeira causa de mortalidade entre os adolescentes e adultos jovens;

c) as causas externas matam, anualmente, em nosso país, por volta de 120.000 pessoas, mais que todas as doenças infecto-contagiosas, e mais que o total de soldados norte-americanos mortos nos doze anos de guerra do Vietnã, o que nos constrange em reconhecer o estado de plena guerra civil em nossa sociedade.;

d) cresce igualmente a morbidade por causas externas, apesar do baixo registro, totalizando em várias vezes a mortalidade, verdadeira multidão de mutilados e portadores de várias deficiências e incapacidades, com o conseqüente e altíssimo custo social imposto às famílias e à população;

e) as causas básicas da morbimortalidade por acidente e violência em nosso país, encontram-se ligadas aos alarmantes níveis de desigualdade, pobreza, impunidade e descontrole do tráfico de armas e drogas, assim como à aparente fragilização dos valores sociais da justiça, solidariedade, igualdade de oportunidades e da esperança, e

f) as causas básicas apontadas no item anterior não justificam, contudo, a baixa prioridade com que as

políticas públicas, inclusive a de saúde, vêm tratando a questão, tanto quanto à participação dos órgãos de saúde em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos vários grupos expostos a esse grave risco, como à explicitação de metas e compromissos nos planos e orçamentos de saúde das três esferas de governo, de redução da morbimortalidade por acidente e violência,

RESOLVE:

1. Aprovar a proposta do Ministério da Saúde de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência;

2. Criar Grupo de Trabalho no Conselho Nacional de Saúde, composto pelos Conselheiros representantes da Comunidade Científica e da Sociedade Civil - ABRASCO (Coordenador), COBAP, Comunidade Científica e Sociedade Civil, CONASEMS, CNBB-Pastoral da Criança e Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi-FENASP, com o objetivo de acompanhar a implementação desta política, nas três esferas da Gestão do SUS, e propor ao CNS ações de informação e mobilização dos Conselhos de Saúde, entidades e instituições da sociedade, com vistas à elevação do tratamento desta questão ao primeiro nível de prioridade das Políticas Públicas e de Saúde, e

3. Estabelecer o prazo de trinta a sessenta dias para o Grupo de Trabalho apresentar um primeiro relato ao Plenário do CNS.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Aprovada pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde em 08 de março de 2001

MOÇÕES

**TEMA: gestão do SUS em São Paulo
Nº 001/08 DE MARÇO DE 2001**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Centésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de março de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, saúda o retorno do Município de São Paulo à lógica do SUS, consubstanciado no enquadramento desse na gestão plena da Atenção Básica, em fevereiro de 2001, com o consequente retorno do repasse de verbas ao Município e a recomposição democrática do Conselho Municipal de Saúde.

Lamenta o período em que São Paulo afastou-se dessa lógica, mediante implantação do PAS, precarizando serviços e gerando inúmeras denúncias de corrupção.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 106ª Reunião Ordinária.

LISTA DE SUBSCRIÇÃO À MOÇÃO Nº 001/2001
DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

| NOME LEGÍVEL | ENTIDADE | ASSINATURA |
|--------------|----------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

**TEMA: saneamento e meio ambiente
Nº 002/08 DE MARÇO DE 2001**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de março de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

1. O Projeto de Lei 4.147/2001, tramitando na Câmara Federal, em caráter de urgência constitucional, institui diretrizes nacionais para a prestação dos serviços na relevante e complexa área de saneamento básico, questão estratégica e fundamental para a saúde pública;

2. O prazo exíguo de 45 (quarenta e cinco) dias corridos para a tramitação do referido Projeto de Lei na Câmara dos Deputados. Independente do aprofundamento dos debates, o Projeto de Lei deverá ser votado no próximo dia 07 de abril, implicando em prejuízo da imprescindível discussão no Congresso Nacional e com a sociedade;

3. O arcabouço constitucional e legal que determina que o Sistema Único de Saúde participe na formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; e

4. A Resolução nº 308 aprovada, por unanimidade, pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de março de 2001, sobre o Projeto de Lei Nº 4.147/2001.

DECIDE:

1. Solicitar a retirada da Urgência Constitucional do Projeto de Lei 4.147/2001 em tramitação na Câmara dos Deputados, com a redefinição de um prazo de, pelo menos, 90 (noventa) dias para o esclarecimento técnico, político e público das implicações para a sociedade brasileira das diretrizes sugeridas pelo referido Projeto de Lei;

2. Solicitar o apoio do Ministro da Saúde na sensibilização do Excelentíssimo Senhor Presidente da República e das lideranças no Congresso Nacional sobre a prudência política e responsabilidade pública e social que a retirada da urgência constitucional do referido Projeto de Lei representa;

3. Manifestar a preocupação do Plenário do Conselho Nacional de Saúde frente a precariedade dos debates, sobre o Projeto de Lei 4.147/2001, nos âmbitos do Congresso Nacional, do Sistema Único de Saúde e no conjunto da sociedade brasileira;

4. Informar ao Ministério Público das medidas adotadas pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde referentes ao Projeto de Lei 4.147/2001, observando, ainda, os preceitos constitucionais e legais que fundamentam o Sistema Único de Saúde; e

5. Convocar a sociedade para um amplo debate sobre a relevância pública das políticas de saneamento para a saúde da população brasileira.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sexta Reunião Ordinária.

LISTA DE SUBSCRIÇÃO À MOÇÃO N° 002/2001 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

| NOME LEGÍVEL | ENTIDADE | ASSINATURA |
|--------------|----------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

TEMA: Conselho Estadual de Saúde do Pará N° 003/ 07 DE JUNHO DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Centésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de junho de 2001, 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 imprescindível necessidade de posicionar-se como Colegiado Nacional de Controle Social da Saúde, a respeito, dos recentes acontecimentos verificados na V Conferência Estadual de Saúde do Pará, no mês de março do corrente e de seus desdobramentos, que acredita possam conduzir ao enfraquecimento das ações regulamentares do controle social, pilar constitucional da construção do Sistema Único de Saúde;

b) a decisão da 107ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 4 e 5 de abril de 2001, que constituiu Grupo de Trabalho com a incumbência de visitar o Estado do Pará, articulando-se com os diferentes atores envolvidos nas questões que motivaram o indesejável desfecho da Conferência Estadual referida, na tentativa de mediação viabilizadora dos canais de negociação, que permitissem pacificar os diferentes e legítimos interesses envolvidos;

c) a solicitação verbal de maiores subsídios sobre a legislação de Conselhos de Saúde feita pelo Excelentíssimo Senhor Deputado Martinho Arnaldo Carmona, eminente Presidente da Assembléia Legislativa do Estado do Pará, ao Grupo de Trabalho, deste Conselho.

EXPRESSA:

1- a conveniência de contemplar no projeto de lei, ora em tramitação no Poder Legislativo do Estado do Pará, as recomendações da Resolução CNS n.º 33/92, os encaminhamentos da sua atualização, e o Decreto Federal n.º 1.448/95, que dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde, com referência aos segmentos da sociedade que contam com o número de entidades maior que as vagas no Conselho de Saúde;

2- a posição do Conselho Nacional de Saúde, definida em recente decisão do seu Plenário, de que "a representatividade, a legitimidade e a legalidade, constituem referenciais que devem presidir as discussões na sociedade organizada e com o Poder Legislativo, para a composição dos Conselhos de Saúde, referindo que, no caso de haver mais entidades de um segmento da sociedade do que as vagas existentes no Conselho, recomenda-se a organização de fóruns de entidades, estabelecendo-se rodízios anuais para o preenchimento das vagas dos segmentos.";

3- a convicção deste Colegiado Nacional de que as normas reguladoras do controle social sejam fruto de uma construção consensuada e aberta a ampla discussão da sociedade civil, medida absolutamente necessária ao aperfeiçoamento do Estado Democrático de Direito;

4- a legitimidade das decisões da 11ª Conferência Nacional de Saúde, de dezembro de 2.000, (itens 6,7 e 8 - Proposições do Relatório Final) recomendando:

- A "necessidade de adequação dos instrumentos legais para a criação dos Conselhos de Saúde, para o detalhamento de sua composição e a consolidação do caráter deliberativo dos conselhos";
- "... o conselho de saúde é instrumento necessário para garantir a maior legitimidade social e o pleno exercício do poder de controle social com autonomia. Para tal é imperioso que a indicação de conselheiros dos segmentos de usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços seja realizada pelos segmentos/ entidades aos quais os mesmos representam, evitando ingerências de qualquer espécie pelos gestores. O processo deverá ser comprovado por intermédio da Ata de Reunião da Entidade/Segmento, com a assinatura de todos os presentes";

5- a convicção deste Colegiado de que nos fundamentos da Constituição do Estado do Pará encontram-se elementos para a solução das divergências, especialmente no que trata o seu artigo 321, incisos I, II e III;

6- a disposição deste Colegiado de, ao reafirmar todo o respeito à autonomia e dignidade Constitucionais da Unidade Federada, em contribuir solidariamente com os Poderes Públicos do Estado do Pará, com vistas à superação das dificuldades presentes, e para o aperfeiçoamento do Controle Social em benefício do SUS;

7- a confiança deste Colegiado na eficácia da intermediação da Assembléia Legislativa do Estado do Pará, solucionando eventuais conflitos e decidindo pelo progressivo aprimoramento do Controle Social, na Saúde;

8- por final, o reconhecimento do complexo processo da Construção do Controle Social, através dos Conselhos de Saúde, com imperfeições e inexperiências inevitáveis, dado o curto tempo da sua existência, e por isso, de situações de tensões e conflitos em inúmeros estados e municípios, na conquista progressiva já constatada de experiência, maturidade e eficácia desta forma avançada de Controle Social. O que justifica estender as considerações expressas nesta Moção, à reflexão dos demais conselhos.

Plenário do Conselho Nacional de saúde em sua Centésima Nona Reunião Ordinária.

LISTA DE SUBSCRIÇÃO À MOÇÃO Nº 003/2001 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

| NOME LEGÍVEL | ENTIDADE | ASSINATURA |
|--------------|----------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DELIBERAÇÕES INTERNAS

TEMA: saúde suplementar /comissão Nº 001/ 08 DE MARÇO DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de março de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando:

I - Os pressupostos:

1. O Conselho Nacional de Saúde presente em todo o processo de regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde, que culminou na publicação da Lei 9.656 em 03.06.98, reafirma a continuidade do exercício de suas atribuições legais de Controle Social em relação ao setor e reitera seu apoio ao exercício da competência reguladora do Ministério da Saúde através da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

2. O setor de saúde suplementar, que diz respeito à saúde e à vida de um quarto da população brasileira, operou, por mais de 30 (trinta) anos, sem nenhum controle social e regulamentação por parte do Estado.

3. Os segmentos e agentes envolvidos na saúde suplementar - empresas operadoras, usuários (consumidores), prestadores de serviços, fornecedores de insumos e outros agentes de mercado - possuem conflitos de interesses inerentes às suas características essenciais.

4. A tarefa da regulação abrange variados e complexos ângulos de atuação, que visam construir e reconstruir permanentemente o equilíbrio de interesses, viabilizando-os minimamente e negociadamente. O foco principal, no entanto, sempre deve ser os direitos dos usuários.

5. Deve haver ainda o equilíbrio entre os dois níveis de regulação: econômico financeiro e de assistência à saúde, no propósito de convergirem para a ampliação das coberturas ofertadas, impedindo a vinculação da assistência e dos valores das mensalidades às condições de saúde e idade.

6. A regulação do setor, ao ser concebida e realizada pelo SUS, deve nortear-se pelos mesmos marcos doutrinários e relevância pública que reordenam a organização dos serviços de saúde. O modelo assistencial deve ser estruturado para oferta universal de serviços básicos de alta resolutividade, a serem complementados, sempre que necessário, por serviços de média e alta complexidade. Esta é a lógica que deve presidir os objetivos, estratégias e instrumentos de regulação da saúde suplementar, ou do "mercado na saúde".

II - Questões Relevantes para Acompanhamento

1. Ações regulatórias que garantam estabilidade no setor: equilíbrio econômico-financeiro das operadoras e prestadores (padrões de entrada, operação e saída das empresas do mercado) e, principalmente, direitos dos usuários.

2. Regulação e fiscalização, visando a adequação dos contratos antigos (firmados antes de janeiro de 1999) e coletivos às novas regras, tendo em vista que representam a maioria dos contratos.

3. Garantia e transparência de informações epidemiológicas, de custos em saúde, de demandas (do SUS às operadoras e vice-versa), de superposição de demandas e contabilidade dos prestadores, planilhas de custos das operadoras, composição de preços, e outras, disponibilizadas para todos os segmentos e agentes envolvidos.

4. Definição e efetivação de uma política de preços que neutralize a vinculação da assistência às condições de saúde, idade e riscos diversos.

5. Implantação da assistência farmacêutica, em especial dos medicamentos de uso contínuo e os de alto custo, que devem entrar na cobertura dos planos e seguros privados, se necessário, gradativamente.

6. Criação de instrumentos regulatórios que estimulem e direcionem a oferta pelas operadoras de ações de promoção, proteção e prevenção da saúde dos seus usuários.

7. Criação de instrumentos regulatórios e fiscalização que garantam a efetivação plena do ressarcimento ao SUS.

8. Avaliação do impacto do artigo 11 da Lei 9.656/98 no sentido de promover a alteração da legislação em vigor, considerando a ausência de fundamentação médica e científica para caracterização do conceito de doença e lesão preexistente, assim como a ina-

dequação do longo prazo de “carência” (cobertura parcial temporária) de 24 (vinte e quatro) meses.

9. Criação de instrumentos regulatórios que estipulem margens de lucro permissíveis ao setor.

10. Proibição de publicidade abusiva e enganosa; e controle dos gastos com propaganda.

11. Ampliação da atuação efetiva dos usuários na regulação do setor, incluindo novas instâncias e mecanismos de participação que repercutam na garantia do acesso, direito e defesa dos interesses de usuários de planos individuais, familiares e coletivos por adesão.

12. Análise de alternativas de configuração de Representações da Agência Nacional de Saúde Suplementar nas Unidades Federadas, visando criar condições de acesso e participação dos usuários no processo de regulação e facilitar as articulações imprescindíveis da ANS com as instâncias estaduais e regionais do Sistema Único de Saúde.

13. Implementação efetiva da Lei 9.656 e MP 1.665, de junho de 1998; da Lei 9.961 e MP 1.976, de 10 de dezembro de 1999 e conversão da MP em Lei.

RESOLVE:

Criar a Comissão de Saúde Suplementar, com as seguintes atribuições e composição:

1. Atribuições

1.1 - Propor as Diretrizes de Acompanhamento: elaborar plano de trabalho; estabelecer prioridades; realizar estudos e apresentar propostas para subsidiar o Plenário do Conselho Nacional de Saúde a influenciar na legislação pertinente no sentido de conquistar e assegurar novos direitos ou alterar dispositivos contrários ou prejudiciais aos usuários do setor de saúde suplementar;

1.2 - Subsidiar a atuação perante os poderes Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público e Conselhos de Saúde na promoção das Diretrizes e Deliberações do CNS sobre Saúde Suplementar;

1.3 - Em curto prazo, atuar na articulação para a realização de Evento sobre Saúde Suplementar, junto ao Congresso Nacional, com o objetivo de promover amplo balanço de três anos do marco legal (Lei 9.656/98 de 03.06.98 e MP 1.976 de 10.12.99) da regulamentação, com a participação de todos os setores e segmentos envolvidos: governo (ANS), operadoras, prestadores, usuários, legislativo (Câmara dos Deputados e Senado Federal), Ministério Público, Judiciário e demais interessados.

2. Composição:

- Um representante dos gestores
- Um representante dos prestadores privados contratados/conveniados pelo SUS
- Dois representantes dos profissionais de saúde
- Um representante da comunidade científica e sociedade civil
- Um representante dos prestadores privados da saúde suplementar
- Três representantes dos usuários.

2.1 - A Coordenação da Comissão será exercida por um (a) Conselheiro (a) membro da Comissão, indicado (a) pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 106ª Reunião Ordinária.

TEMA: 11ª Conferência Nacional de Saúde Nº 002/ 08 DE MARÇO DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de março de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando:

A apresentação da Avaliação da 11ª Conferência Nacional de Saúde, apresentada pela Coordenadora da Comissão Organizadora da Conferência, Dra. Rita Barradas Barata e sua discussão no Plenário do CNS, em sua 106ª RO,

RESOLVE:

1. Criar Grupo de Trabalho, composto por conselheiros do CNS participantes da Comissão Organizadora da 11ª Conferência Nacional de Saúde, com a finalidade de elaborar súmula didática do Relatório Final da Conferência, visando facilitar a identificação dos pontos diretamente relacionados às atribuições do CNS, e os posicionamentos consequentes, ficando o representante do Grupo pela Vidda com a coordenação deste GT, e

2. Solicitar à Secretária-Executiva do Conselho Nacional de Saúde:

a) Suporte de informações com vistas a transferir, perante resolução do CNS, as datas das Conferências de Saúde, dos anos eleitorais;

b) Ponto de pauta nas próximas Reuniões Ordinárias do Conselho Nacional de Saúde, para o equacionamento das seguintes questões organizacionais relevantes, da realização da Conferência Nacional de Saúde:

- Estabelecimento de quorum mínimo para as votações das plenárias da Conferência, em especial a plenária final.
- Elaboração de Documento Básico Inicial, contendo os principais conteúdos e encaminhamentos sobre o Têrario da Conferência, a ser distribuído com antecedência, para discussão e posicionamentos prévios das delegações estaduais;
- Simplificação do processo dos relatórios parciais, que continham aproximadamente, 60 grupos de discussão, com extensão e complexidade exageradas, e com infinidade de destaques finais, o que torna quase impossível a consolidação final com representatividade e legitimidade dos conteúdos e posições básicas do total dos

delegados, inclusive, com a utilização freqüente do "rito sumário" nas votações finais, e

- Responsabilização do alojamento das delegações estaduais, pelos respectivos Governos.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 106ª Reunião Ordinária.

TEMA: projetos no Congresso Nacional/ acompanhamento Nº 003/ 08 DE MARÇO DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de março de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando:

a) as várias questões de ordem jurídico-legal que demandam conhecimento e posicionamento do CNS, inclusive, em relação aos inúmeros Projetos de Lei em Tramitação no Congresso Nacional, de interesse da Saúde, Ações Judiciais de Ressarcimento pelo SUS e outras, e

b) atividades já iniciadas pelo CONASEMS nessa área.

RESOLVE:

1. Criar Grupo de Trabalho permanente, com a finalidade de acompanhar a tramitação dos Projetos de Lei de interesse para a Saúde, e outras demandas jurídico-legais em conjunto com as assessorias do CONASEMS, do CONASS e do MS;

2. Solicitar à Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde a viabilização de apoio jurídico permanente próprio do CNS, no mais breve prazo, e

3. Compor o Grupo de Trabalho/CNS com os Conselheiros representantes da CONTAG e de Outros Profissionais de Saúde.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 106ª Reunião Ordinária.

RESUMO EXECUTIVO DA 107.ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS/FEVEREIRO/2001

ABERTURA

Aos quatro e cinco dias de abril de dois mil e um, na sala de reunião "Conselheiro Omilton Visconde", do Conselho Nacional de Saúde, teve início a Centésima Sétima Reunião Ordinária do CNS.

APROVAÇÃO DA ATA DA REUNIÃO ANTERIOR

A ata da centésima sexta reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde foi aprovada por unanimidade.

INFORMES

1) Opções de empresas aéreas para os deslocamentos dos conselheiros: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou sobre as mudanças das companhias aéreas que efetuam o transporte dos conselheiros, solicitando aviso por escrito à coordenação, caso essa mudança traga problemas de irracionalidade para algum dos conselheiros.

2) Alterações na pauta: troca entre os itens 02 e 08. Antecipação do item 12 para os primeiros trinta minutos do item 04: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou sobre a necessidade da troca dos itens supracitados.

3) Coordenação da CISME - Comissão Intersectorial de Saúde Mental: A Conselheira Vera Lúcia Marques Vita discorreu sobre a importância da III Conferência Nacional de Saúde Mental, abordando a situação do tratamento de doentes mentais. O Conselheiro José Carvalho de Noronha ressaltou a importância e o contentamento do Conselho Nacional de Saúde com a aprovação da Lei Paulo Delgado. A Conselheira Zênite da Graça B. Freitas complementou lembrando que o Dia Mundial de Saúde poderia ser aproveitado para reforçar a solicitação da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

4) Coordenação da CICT - Comissão Intersectorial de Ciência e Tecnologia: O Conselheiro José Carvalho de Noronha relatou que a comissão havia se reunido na véspera, abordando os seguintes temas: a) criação de lei ordinária gerando novo tributo, a partir de 2002; b) CICT e CONEP; c) desenvolvimento de diretrizes para ciência e tecnologia para os próximos dez anos no país; d) adiamento do debate da agenda.

5) Coordenação da CIST - Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador: O Conselheiro Mozart de Abreu e Lima relatou que na reunião desta comissão fora aprovada a agenda para dois anos, fazendo as seguintes recomendações: a) acompanhamento da tramitação do Projeto de Lei nº 1377; b) aprovação do plano de trabalho; c) substituição do instituto ETHOS na composição da comissão pelo SESI; d) integração da área de meio ambiente na composição do grupo executivo de saúde do trabalhador; e) apoio à iniciativa da portaria número 6 do MTE; f) incorporação de ações de saúde do trabalhador no conjunto de responsabilidades municipais/NOAS; g) CONASS/CONASEMS para a criação de comissões de assessoramento na área de Vigilância Sanitária e epidemiológica; h) apresentação da política nacional de saúde do trabalhador ao CNS.

6) Remuneração de resolução anterior (GT para área farmacêutica): O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que este documento fora renomeado para Resolução nº 311. O Conselheiro Mozart de

Abreu e Lima reclamou a inclusão da ABRASP nas entidades citadas na resolução. O Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira solicitou esclarecimento sobre a ausência do CONASS e do CONASEMS nesta comissão.

7) Contato com a SESU/MEC: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos comentou o encontro que teve com o Secretário Antônio Figueiredo, da SESU, em que foram discutidos pontos relevantes para o MEC e para o CNS. O Conselheiro José Carvalho de Noronha sugeriu que o mesmo procedimento de aproximação fosse adotado para com o Conselho Nacional de Educação

8) Contato com a CDU/CF: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou sobre a exposição do atual projeto de saneamento e do projeto de lei que está sendo apresentado no Congresso Nacional. Informou ainda que o prazo para discussão no Congresso fora prorrogado.

9) Contato com a Câmara de Seguridade Social e Família-CSSF/CD: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que a Deputada Laura Carneiro fora recentemente empossada como presidente dessa comissão e todas as articulações entre esta e o CNS foram retomadas.

10) Prevenção da diabete - Lei estadual/SP: A Conselheira Maria Irene Monteiro Magalhães informou que, em São Paulo, fora aprovada a Lei nº 898/99, sobre prevenção e atenção ao diabético pelo SUS, e tramita no Congresso Nacional uma lei federal sobre o mesmo assunto.

11) Implementação da Deliberação/CNS no. 001 da 106ª reunião (área da saúde suplementar): Antecipado.

12) Anteprojeto de Lei "ressarcimento dos hospitais universitários e de ensino da assistência aos consumidores de planos e seguros privados": O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos relatou que o senador Lúcio Alcântara apresentara uma redação preliminar desse projeto, e fez uma breve descrição do mesmo. Informou que no mesmo período o CNS também tinha feito estudos sobre o assunto, que foram enviados para o senador e considerados pelo relator.

13) Aspectos da realidade dos prestadores privados do SUS: A Conselheira Carmem Maria Bruder da Fonseca informou que os hospitais conveniados ao SUS estão endividados e caminhando para a falência, em decorrência do pagamento da tabela SUS. A Conselheira solicitou um ponto de pauta para a reunião seguinte. O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos concordou e solicitou a remessa do material referente ao informe à comissão de coordenação geral da pauta.

14) Projeto de capacitação de conselheiros de saúde e membros do Ministério Público: O secretário de investimentos do Ministério da Saúde, Sr. Geraldo Biazotto, ressaltou a importância deste projeto para a área de saúde, as dificuldades encontradas para implantá-lo e as medidas tomadas para seu funcionamento. A Dra. Rosane Santos informou que o

Ministério Público estava disposto a fazer um pronunciamento junto ao BID e propôs que o Conselho Nacional de Saúde também se manifestasse em favor do projeto. A sugestão foi acatada pela mesa..

15) Situação no CES/Pará: O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que estava havendo um conflito de gestão no Pará, tendo o CNS recebido um dossiê, em que são relatados os motivos do conflito, e explicou o procedimento comumente adotado nessa situação. A Conselheira Margareth Marta Arilha Silva solicitou que se formasse um grupo para estudar o assunto e que este se tornasse ponto de pauta. A Conselheira Zilda Arns Neumann endossou o pedido, chamando a atenção para a importância do controle social ter qualidade. A Conselheira Júlia Maria dos Santos Roland informou que a CUT também fora procurada. O Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira alertou para o fato de que este caso se repetia em vários estados. A Conselheira Zenite da Graça B. Freitas ressaltou a necessidade da urgência da discussão de assuntos dessa natureza. O Conselheiro Temístocles Marcelos solicitou que este assunto se tornasse ponto de pauta para o dia seguinte. A solicitação foi acatada.

16) CMS/Salvador: A Conselheira Zenite da Graça B. Freitas informou sobre a situação do Conselho Municipal de Salvador, com a mudança por decreto dos seus conselheiros, e solicitou que a discussão fosse retomada quando da discussão do Conselho Estadual do Pará. O Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira solicitou o encaminhamento de todos os processos de conselhos ao CONASEMS, para possível articulação. O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos lembrou que o papel do Conselho Nacional começa quando se esgota o papel do Conselho Estadual.

17) Despedida da Conselheira Margareth Martha Arilha Silva: A Conselheira Margareth Martha Arilha Silva anunciou a impossibilidade de continuar no CNS.

ITEM 02 - PROJETO DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

O Conselheiro Gilson Cantarino O'Dwyer leu as considerações formuladas na última reunião da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e citou os quantitativos de médicos e enfermeiros por sexo e por região do país, para fazer uma análise dos dados obtidos. Em seguida, aproveitou a ocasião para ressaltar que a comissão incorporou as contribuições da Conferência Nacional de Saúde para a última versão do documento preliminar da Portaria nº 996. A Conselheira Gysélle Saddi Tannous ressaltou a necessidade de ampliação do programa para a inclusão de especialistas que lidam com portadores de deficiências físicas e sugeriu um ponto de pauta ou um informe para na próxima reunião tratar do assunto. A sugestão foi acatada pela mesa

ITEM 03 - CRITÉRIOS EPIDEMIOLÓGICOS PARA A FORMULAÇÃO DOS PLANOS MUNICIPAIS, REGIONAIS, ESTADUAIS E NACIONAIS DE SAÚDE, E DOS PROJETOS ESPECÍFICOS DE ORGANIZAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

O Conselheiro José Carvalho de Noronha comentou a política de saúde no Brasil e a importância da epidemiologia na área de saúde pública. O Dr. Jarbas fez um relato sobre a utilização e atuação da vigilância epidemiológica, elencando as principais dificuldades desta área no país: 1) falta de abordagem multidisciplinar; 2) irracionalidade na escolha das prioridades em saúde; 3) base legal deficiente. Citou a evolução da coleta de dados epidemiológicos no país e experiências já realizadas na área. Em seguida, fez uma apresentação da distribuição de recursos para as ações de controle epidemiológico no Brasil, citando os critérios de elegibilidade e prioridade, culminando com a apresentação de uma proposta de melhorias e diminuição das disparidades existentes no país. Seguiu-se discussão sobre o tema. O Conselheiro José Carvalho de Noronha sugeriu que os indicadores da Portaria nº 393 fossem melhor trabalhados e, em seguida, abordou a iniciativa de intersectorialidade da proposta, recomendando um esforço do Ministério da Saúde de aumentar o destaque do Centro Nacional de Epidemiologia. O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos propôs a elaboração de um material didático baseado nas falas do Dr. Jarbas, Conselheiro José Carvalho de Noronha, cópia das transparências e síntese do que foi discutido. A proposta foi aprovada.

ITEM 04 - DIRETRIZES PARA O REGIMENTO INTERNO DA PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE

A conselheira Zilda Neumann Arns apresentou um o documento, "Diretrizes para Plenária Nacional de Conselhos de Saúde - Proposta Preliminar", que fora elaborado pelos conselheiros: Jocélio Henrique Drummond, Ana Maria Lima Barbosa, Zilda Arns Neumann, Edson de Oliveira Andrade, Temístocles Marcelos e Sérgio Luiz Magarão, conjuntamente com os representantes das regiões: Nordeste, José Lourenço das Brotas Neto, José Teófilo Cavalcanti, Centro-Oeste, Julio Neves, Maria de Lourdes Afonso Ribeiro, sudeste, Maria do Espírito Santos, Paulo Roberto Venâncio de Carvalho, norte Pedro Gonçalves de Oliveira, Raimundo Nonato Soares, Sul, Vanderli Machado e Adalgisa Araújo. Por fim, o Conselheiro Cláudio Duarte da Fonseca sugeriu que fosse feito um texto base, com os seguintes tópicos: 1) breve histórico; 2) definição; 3) competências; 4) relações com as instâncias e 5) composição. Ao final da discussão, o Conselho Nacional de Saúde decidiu, por sugestão do Conselheiro Diógenes Sandim Martins, pautar o assunto para a próxima reunião. Ainda, deliberou no sentido de incluir no Grupo de Trabalho do assunto em pauta, os seguintes conselheiros: Diógenes Sandim Martins, Gilson Cantarino O'Dwyer e Gyséle Saddi Tannous.

ITEM 05 - AGENDA BÁSICA DO CNS 2001

Transferido para a próxima reunião.

ITEM 06 - PROJETO BOLSA ALIMENTAÇÃO E OUTROS TEMAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

O Conselheiro Augusto Alves do Amorim relatou a primeira reunião da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição, CIAN, da forma que segue: a) relação dos presentes; b) pretensão de se organizar uma teleconferência sobre alimentação e nutrição; c) apresentação do programa bolsa-alimentação, seguida de comentários; d) a constituição de duas subcomissões, além da sugestão de que o programa fosse ponto de pauta da próxima reunião do CNS. Em seguida, leu as recomendações e fez comentários sobre a Minuta de Portaria - Bolsa-Alimentação. Seguiu-se uma discussão sobre o assunto. A Conselheira Tânia Maria Di Giacomo do Lago fez uma proposta de encaminhamento de que o tema bolsa-alimentação pudesse ser apreciado ainda nesta reunião. Aprovado.

ITEM 07 - CALENDÁRIO DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E DOS ANOS ELEITORAIS

Transferido para a próxima reunião.

ITEM 08 - RELATO DA COFIN/CNS

O senhor Elias Antônio Jorge, coordenador adjunto, realizou uma explanação sobre o relatório de Execução Orçamentária e Financeira do Ministério da Saúde, utilizando-se das seguintes planilhas: a) De execução orçamentária e financeira do ano em curso (2001); b) De execução orçamentária do ano anterior (2000), em que conste dotação - execução e saldo (cancelamento); c) De restos a pagar do ano anterior (2000) inscritos no corrente ano (2001); d) De restos a pagar inscritos e pagos no ano anterior (de 1999 em 2000); e) De execução orçamentária e financeira de novembro do ano anterior para análise de itens que tiveram sua execução postergada para o último mês do ano. O Conselho Nacional de Saúde aprovou por unanimidade as sugestões e encaminhamentos apresentados.

ITEM 09 - ATO PELO DIA MUNDIAL DA SAÚDE - TEMA: SAÚDE MENTAL

Alteração da pauta. O Ministro José Serra não pôde comparecer, sendo representado pelo Secretário da Secretaria de Assistência Social, o Dr. Renilson. O Dr. Pedro Delgado, membro da Comissão de Saúde Mental, iniciou seu pronunciamento agradecendo o convite para participar da reunião do CNS. Compuseram a mesa o Dr. Renilson e o Dr. Jacobo Finkelman, que discursou sobre o Dia Mundial da Saúde, a questão da saúde mental no mundo e o avanço do tema no Brasil. O Deputado Carlos Mosconi fez um histórico da tramitação do projeto, do qual foi relator. O Dr. Renilson cumprimentou a todos e

relatou a importância da escolha, pela OMS, da saúde mental como tema do Dia Mundial da Saúde. Revelou a expectativa do avanço do tratamento das doenças mentais, baseado no apoio familiar e no empenho governamental, sintetizada no lema do Dia Mundial da Saúde "Cuidar sim, excluir não". Finalizou convocando a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, a ser realizada até o final de 2001.

ITEM 10 - SUGESTÕES DE PAUTA PARA QUE 108ª REUNIÃO E ENCERRAMENTO

O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos elencou os seguintes pontos: 1) INTEGRASUS - Incentivo de integração do SUS; 2) Calendário das Conferências de Saúde e dos anos eleitorais; 3) Agenda Básica do CNS 2001; 4) O parecer da questão do CES/Pará; 5) Bolsa- Alimentação; 6) Diretrizes para o regimento da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; 7) Implementação da Emenda Constitucional nº 29; 8) Discussão do tema Saúde Suplementar; 9) Programa de Controle Nacional de AIDS para uma apresentação para o CNS; 10) Transformação do Canal Saúde para canal livre; 11) possibilidade da criação do GT que fosse informar a Conferência Internacional contra a Discriminação.

EXTRAPAUTA

1) Apresentação do Projeto Bolsa Alimentação - A Dra. Denise Coitinho iniciou sua apresentação afirmando ser essencial a colaboração dos conselheiros para o aprimoramento da proposta. Explicou que a idéia do programa bolsa alimentação é fornecer apoio financeiro para gestantes, nutrizas e crianças de seis meses a seis anos, de famílias de baixa-renda em risco nutricional, mediante o estabelecimento de um pacto de controle e confiança entre os serviços e a população, previstos numa agenda de compromissos bilateral, criando um vínculo entre as famílias carentes e o SUS. Seguiu-se uma longa discussão, da qual participaram os conselheiros Gysélle Saddi Tannous, Neilton Araújo de Oliveira, Mozart de Abreu Lima, Cláudio Duarte da Fonseca, Maria Natividade G. S. T. Santana, Zilda Arns Neumann, Zenite da Graça B. Freitas, Maria Leda de Resende Dantas, Diógenes Sandim Martins, Júlia Maria dos Santos Roland, Clair Castilhos Coelho, Maria Helena Baumgarten, Sérgio Francisco Piola e Augusto Alves do Amorim, concluindo por enviar à equipe técnica e à comissão tripartite as sugestões e deliberações aqui obtidas.

2) Questão da situação do Conselho Estadual de Saúde do Pará: A conselheira Clair Castilhos Coelho fez um relato sobre o incidente que ocorreu no Pará, onde houve um problema para determinar quais as entidades que fariam parte do próximo Conselho Estadual de Saúde. Segundo a conselheira, havia uma corrente que militava a favor da elegibilidade das entidades registradas legalmente, e na posição contrária, os que defendiam que somente as entidades que tivessem legitimidade junto a sociedade poderiam

participar da eleição. A discussão ficou intensa de tal modo, que houve a necessidade da Conferência ser interrompida. Após isso, ela foi retomada com a presença do Ministério Público, sendo este órgão responsável pela condução do processo eletivo a partir de então. O processo eleitoral teve continuação, mas o Ministério Público ao notar que não havia nenhuma condição para prosseguir os trabalhos, declarou suspensa a eleição. No dia seguinte, foram retomados os trabalhos, e a eleição fora vencida pelo grupo a favor da "legitimidade". Assim sendo, o grupo vencido, que tinha apoio do Secretário de Saúde, tentou obstacularizar o encerramento da Conferência, não querendo que ata da reunião fosse homologada pelo Ministério Público. Após, muita discussão, o Ministério Público homologou a ata. Diante desse fato, o Secretário de Saúde se apossou de todos os documentos produzidos na Conferência, e trancafiou a sala do Conselho Estadual de Saúde. E ainda, nomeou as entidades que ele achou por correto fazê-lo. O CNS deliberou pela formação de um GT composto pelos conselheiros: Gilson O'Dwyer Cantarino, Margareth Martha Arilha Silva, Julia Roland, Artur Custódio e Gysélle Tannous.

3) A conselheira Margareth Martha Arilha Silva submeteu para aprovação uma recomendação no sentido da realização de um Seminário sobre o seguinte tema: Política de Anticoncepção no SUS, sob a coordenação da CISMU. O CNS aprovou tal iniciativa.

4) A comissão de Saúde Mental propôs quatro recomendações: 1) Solicitação ao Senhor Ministro de Saúde, para a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental; 2) Discussão no âmbito do Ministério da Saúde do seminário técnico promovido pela SAS/SPS-MS, objetivando a integração das ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família; 3) Apoio do CNS para que seja destinado o percentual de, no mínimo 3% do orçamento da saúde, para a saúde mental nas três esferas de governo; 4) Encaminhamento por parte do CNS de uma proposta ao MS de que as verbas sejam destinadas aos serviços substitutivos de saúde mental, sejam repassadas fundo a fundo e não através da modalidade convencional, inclusive as previstas no orçamento 2001. As recomendações foram aprovadas pelo CNS, com a ressalva do Coordenador Nelson dos Santos, que nas partes do documento onde constar serviços substitutivos, sejam estes entendidos de acordo com a definição dada pela nova lei, a Lei Paulo Delgado. Ainda, foi aprovada uma moção de aplauso a nova Lei Paulo Delgado.

RECOMENDAÇÕES

TEMA: III Conferência Nacional de Saúde Mental Nº 310/05 DE ABRIL DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 04 e 05 de abril de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, na medida em que foi aprovada uma moção de Reivindicação da III Conferência Nacional de Saúde Mental na 11ª Conferência Nacional de Saúde e considerando:

- a. que a última Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada há quase uma década, em 1992;
- b. que, desde então, houve grande mudança, não apenas no âmbito da saúde mental, mas de todo o setor saúde, com o advento das NOBs 93 e 96 e NOAS-SUS 01/01;
- c. que, apesar dos avanços colhidos nesse percurso, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem encontrado obstáculos de natureza cultural, institucional e política para sua integral concretização;
- d. a necessidade da sociedade brasileira em re-pactuar os princípios, diretrizes, recursos e prazos deste processo;
- e. a importância das portarias normatizadoras do setor, tais como a 189/91 e 224/92 que necessitam serem revisadas a fim de atualizar as modalidades de serviços e procedimentos nas tabelas SIA/SIH/SUS;
- f. que se torna necessário, também proceder divulgação das portarias 106/99 e 1.220/00, que instituem e regulamentam os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental;
- g. que a Portaria 799/00 introduziu novos mecanismos e estratégias de fiscalização dos serviços psiquiátricos e de atenção psicossocial, necessitando serem avaliados no processo de implementação;
- h. a necessidade fundamental da ampliação da participação dos usuários e de familiares do setor e nas diversas instâncias do controle social;
- i. a importância atribuída ao tema entre os delegados da 11ª Conferência Nacional de Saúde, no painel sobre saúde mental e nos grupos de trabalho, indicando a necessidade de um espaço específico, ampliado e legítimo como a Conferência;
- j. que, no dia 7 de abril de 2001, será lançada a Campanha do Dia Mundial da Saúde, dedicado ao tema Saúde Mental, com a campanha "Cuidar Sim, Excluir Não".

RESOLVE:

Solicitar ao Senhor Ministro da Saúde a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, para que seja realizada em 2001, objetivando marcar a alta relevância do tema "Saúde Mental" para a população.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Aprovado pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde em 05 de abril de 2001

TEMA: medicamentos/GT Nº 311/ 05 DE ABRIL DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 04 e 05 de Abril de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando as conclusões e recomendações derivadas dos trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito - CPI dos Medicamentos, realizada no período de 17/11/1999 a 30/05/2000 e a competência da direção nacional do Sistema Único de Saúde de formular, avaliar e elaborar normas de políticas de medicamentos,

RESOLVE:

I - Promover a realização de estudos e debates, articulando os diferentes atores envolvidos na problemática da área de medicamentos, e a proposição de estratégias orientadoras de políticas aplicadas aos eixos programáticos "pesquisa e desenvolvimento tecnológico do setor farmacêutico" e "reorientação da assistência farmacêutica no país, enfatizando os sistemas de distribuição, prescrição e dispensação dos medicamentos", expressos no documento "Balizamentos para a Atuação do CNS no Aperfeiçoamento do Setor Farmacêutico", anexo desta Resolução;

- a) constituir Grupo de Trabalho encarregado do desenvolvimento e coordenação do processo de consecução dos objetivos estabelecidos, integrado pelos Conselheiros representantes das seguintes Entidades: 3 (três) Comunidade Científica e Sociedade Civil; Entidades Nacionais dos Portadores de Patologias e Deficiência (MORHAN, Associação dos Renais Crônicos); Entidades Nacionais dos Prestadores de Serviço; Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde e participantes indicados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Secretaria de Políticas de Saúde, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil;
- b) o Grupo de Trabalho organizará a participação de consultores especialistas e promoverá os grupos de discussão das temáticas específicas, envolvendo as entidades representadas no CNS e a colaboração especial dos Ministérios da Ciência e Tecnologia e do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior,

da Associação Brasileira da Indústria de Química Fina - (ABIFINA), Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (ALANAC), da Associação dos Laboratórios Oficiais do Brasil, entre outros;

- c) Secretaria Executiva do CNS prestará apoio técnico-administrativo ao Grupo de Trabalho, encarregando-se de manter informado sobre o seu desenvolvimento o Plenário do CNS, as instâncias do Ministério da Saúde e as Comissões específicas do Poder Legislativo.

II - Promover a realização da "1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica", buscando a articulação e a participação do Congresso Nacional, da indústria, do comércio, das categorias profissionais ligadas ao assunto, dos usuários, gestores e prestadores de SUS e demais setores envolvidos com a matéria.

- a) Constituir Grupo de Trabalho encarregado do desenvolvimento e coordenação do processo de realização da referida Conferência, no primeiro semestre de 2001, em data a ser estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Aprovada pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde em 05 de Abril de 2001

TEMA: saúde mental/recursos Nº 007/ 05 DE ABRIL DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 04 e 05 de abril de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando que:

- a) Organização Mundial de Saúde definiu o ano de 2001 como ano da Saúde Mental;
- b. a população tem demandado crescentemente a criação de serviços de atenção à Saúde Mental;
- c. os gestores e demais atores sociais tem se manifestado pela consolidação da reforma psiquiátrica, como na 11ª Conferência Nacional de Saúde, e nas portarias ministeriais nºs 189/91, 224/92, 106/00 e 1220/00;
- d. o processo de descentralização, expresso na municipalização, tem fortalecido o SUS;
- e. os repasses fundo a fundo possibilitam a agilização e ampliam o acesso aos recursos financeiros pelos municípios.

RECOMENDA:

Ao Conselho Nacional de Saúde encaminhar a proposta ao Ministério da Saúde de que as verbas destinadas aos serviços substitutivos de saúde mental sejam

repassadas fundo a fundo e não através da modalidade convencional, inclusive as previstas no orçamento de 2001, a fim de acelerar a reforma psiquiátrica no Brasil.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 107ª Reunião Ordinária

TEMA: saúde do trabalhador /menores de idade Nº 009/ 05 DE ABRIL DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 04 e 05 de abril de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando:

- 1) o número de 2,9 milhões de crianças e adolescentes, na faixa de 5 a 14 anos, segundo dados do IBGE/PNAD-1999, que se encontram inseridos precocemente no trabalho;
- 2) que esta inserção precoce no trabalho é um dos determinantes que comprometem o seu desenvolvimento saudável bio-psíquico e social;
- 3) o dever do Estado em garantir políticas de proteção integral a crianças e adolescentes, conforme determina a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente;
- 4) a Ratificação da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho, que exigiu do Governo Brasileiro a definição da Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (trabalhos para menores de 18 anos);
- 5) que o Ministério do Trabalho e Emprego instituiu uma Comissão Tripartite, composta por representações de trabalhadores, de empregadores e do governo, que aprovou uma lista que serviu como referência para a elaboração da Portaria/DSST/SIT/MTE nº 06, de 05/02/200.

RECOMENDA:

- 1 Apoiar a iniciativa do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE em publicar a Portaria nº 06, que "define os trabalhos nos quais são proibidos trabalhadores menores de 18 anos".
- 2 Garantir a sua manutenção e a orientação aos órgãos do Ministério de Trabalho e Emprego - MTE, do Sistema Único de Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social para que trabalhem articulados, tanto no nível central como local, na sua implementação, definindo estratégias comuns para a sua operacionalização.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 107ª Reunião Ordinária

TEMA: saúde do trabalhador /GT
Nº 010/ 05 DE ABRIL DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 04 e 05 de abril de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando:

- o cumprimento da Lei 8080/90, do art. 6º, parágrafo 3º, e da Portaria GM/MS nº 3.048/99, que regulamentam a definição e a instrumentalização de ações e serviços de Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção à saúde no SUS;
- a Portaria GM/MS nº 3.945 de 25/11/98, que estabelece padrões e atributos comuns mínimos para os sistemas de informação em saúde;
- a construção da informação em saúde do trabalhador, bem como a definição de instrumentos operacionais no âmbito da vigilância epidemiológica e sanitária para o desenvolvimento de políticas de atenção a saúde do trabalhador;

RECOMENDA:

Articular com o CONASS e CONASEMS, a instituição de Grupo Técnico da área de saúde do trabalhador no âmbito das comissões de assessoramento relacionadas à vigilância epidemiológica e sanitária desses Conselhos.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 107ª Reunião Ordinária

TEMA: substituição
Nº 011/ 05 DE ABRIL DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 04 e 05 de abril de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990,

RECOMENDA:

- a substituição do Instituto Ethos pelo Serviço Social da Indústria (SESI).

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 107ª Reunião Ordinária

TEMA: meio ambiente/GEISAT
Nº 012/ 05 DE ABRIL DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sétima Reunião Ordinária, realizada

nos dias 04 e 05 de abril de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando a importância da redinamização das funções do GEISAT de articulação das medidas normativas que envolvam as áreas de saúde, trabalho, previdência social e meio ambiente e em função disso

RECOMENDA:

- . a integração da área de meio ambiente na composição do GEISAT.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 107ª Reunião Ordinária

TEMA: saúde mental/recursos
Nº 013/ 05 DE ABRIL DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 04 e 05 de abril de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

- a.a necessidade legal de incluir na Lei de Diretrizes Orçamentárias, no Plano Plurianual, no orçamento e no plano de aplicação de recursos às ações de saúde mental a serem executadas no período, discriminando a origem dos recursos;
- b. a recomendação da II Conferência Nacional de Saúde Mental de destinar 3% do orçamento da saúde para saúde mental;
- c. a necessidade de viabilização da rede de serviços substitutivos de saúde mental.

RECOMENDA:

Ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde que seja destinado o percentual de, no mínimo 3% do orçamento da saúde, para a saúde mental nas três esferas de governo.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 107ª Reunião Ordinária

TEMA: saúde mental/reforma psiquiátrica
Nº 014/ 05 DE ABRIL DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 04 e 05 de abril de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando:

- a. a importância que tem assumido a multiplicação da estratégia do PSF como forma de oferta de

- atenção básica à saúde;
- b. as potencialidades desta estratégia para a ampliação do acesso e da abertura da atenção em saúde mental;
- c. a realização do seminário técnico promovido pela SAS/SPS-MS, objetivando a integração das ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família.

RECOMENDA:

- 1 que este tema seja objeto de discussão no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, através de aprovação e análise dos resultados do referido seminário;
- 2 que este processo de integração das ações em saúde mental no âmbito do Programa de Saúde da Família assumam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica já assumidas pelo Ministério da Saúde;
- 3 que a definição das ações de saúde mental a serem desenvolvidas seja embasada com vigor, levando em conta:
 - a) as implicações da invasão de privacidade que significa o ingresso na intimidade familiar;
 - b) os riscos de medicalização e normatização da vida familiar e das relações de vizinhança;
 - c) a necessidade de respeitar a cultura popular, a cultura própria das comunidades em relação ao seu entendimento e vivência do processo saúde/ enfermidade;
 - d) o risco de agressão à referida cultura, que ainda, gera novas e muitas demandas as quais não são absorvidas pelo sistema oficial;
 - e) que a inclusão da SM no PSF não deve ser sinônimo de inclusão de técnicos de saúde mental no PSF;
 - f) que a formação/capacitação dos técnicos do PSF em saúde mental deve ser fundamentada nas diretrizes do SUS, nas portarias ministeriais de saúde mental, nos princípios teóricos de desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica;
 - g) a inclusão entre as ações de SM do PSF da supervisão continuada de acordo com o referencial acima explicitado;
 - h) que os documentos da SM no PSF devam registrar de forma bastante destacada todos os riscos e cuidados extintos neste tipo de intervenção;
 - i) que a inclusão da saúde mental no PSF contribua para ampliar o acesso aos cuidados aos portadores de sofrimento psíquico e não um obstáculo aos serviços especializados representado por exemplo pela exigência de encaminhamento de equipe do PSF para os serviços de saúde mental;
 - j) que as equipes de PSF estejam vinculados à rede de serviços substitutivos em saúde mental: CAPS, NAPS, serviços residenciais terapêuticos, hospital-dia, hospital-noite.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 107ª Reunião Ordinária
**TEMA: bolsa alimentação
Nº 015/ 05 DE ABRIL DE 2001**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 04 e 05 de abril de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando:

- a importância da continuidade administrativa dos programas de alimentação e nutrição do ponto de vista da manutenção e promoção da saúde do beneficiários;
- a suspensão de programas por inadimplência dos gestores municipais em relação à prestação de contas ou outras irregularidades, com graves prejuízos e riscos para a população beneficiária;
- que existem mecanismos disponíveis que podem comprometer o Gestor Público em cumprir uma implantação progressiva das ações, sob pena de perda de mandato, sem prejuízo aos beneficiários, conhecido como "Ajuste de Conduta".

RECOMENDA:

Que a Área Técnica de Alimentação e Nutrição/MS, em articulação com o CNS, faça gestão junto ao Ministério Público no sentido da:

- identificação e disponibilização de informações sobre mecanismos legais e administrativos que evitem a suspensão de Programas de Alimentação e Nutrição (Programa Nacional de Alimentação Escolar-PNAE, Bolsa Alimentação), devido a inadimplência de gestores municipais, eliminando prejuízos dos beneficiários.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 107ª Reunião Ordinária
**TEMA: bolsa alimentação
Nº 016/ 05 DE ABRIL DE 2001**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 04 e 05 de abril de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando:

- 1) a natureza das ações a serem implementadas pelo Programa Bolsa Alimentação.
- 2) que nos municípios que possuam menos de 30 mil habitantes, seja feito um consórcio intermunicipal garantindo a presença de um (01) nutricionista para coordenação do programa em raio de aproximação de 200 km entre os municípios.
- 3) que o município em gestão plena de Atenção Básica, obrigatoriamente, tenham um nutricionista na Coordenação do Programa.

RECOMENDA:

Que a área técnica da Alimentação e Nutrição altere a redação da alínea "C", art. 6º da minuta de Portaria da Bolsa Alimentação, nos seguintes termos "indicar um nutricionista, responsável técnico pelo Programa Bolsa Alimentação."

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 107ª Reunião Ordinária

TEMA: saúde e alimentação/anemia
Nº 017/ 05 DE ABRIL DE 2001

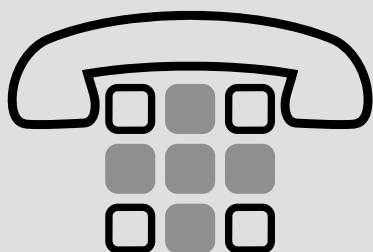
O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 04 e 05 de abril de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 e considerando que:

- muitas empresas estão fortificando seus produtos com ferro;
- o compromisso social para redução da anemia por carência de ferro entre as entidades signatárias e o governo entrou em vigor em 1999.

RECOMENDA:

1. que seja feito o levantamento do número de produtos fortificados hoje existentes no mercado;
2. que seja contatada a EMBRAPA-CTAA-RJ pelas empresas que tenham problemas quanto a qualidade e/ou aceitação pelos consumidores destes produtos.
3. que seja divulgado junto a população pelo Ministério da Saúde e através das Entidades signatárias do pacto e outras entidades sociais, das vantagens do consumo dos alimentos básicos fortificados com ferro.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 107ª Reunião Ordinária



DISQUE SAÚDE
0800-61 1997

ANEXOS**POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS**

Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/01
publicada no DOU nº 96 seção 1e - de
18/05/01

Portaria n.º 737/GM 16 de maio de 2001.

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de definição, no setor saúde, de uma política decisiva no sentido da redução da morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema, e

Considerando a aprovação da proposta da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, por parte da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 309, de 08 de março de 2001, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Parágrafo único. A aprovação de que trata este Artigo tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

I. INTRODUÇÃO

Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de Saúde Pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

A presente Política Nacional, instrumento orientador

da atuação do setor Saúde nesse contexto, adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Acresce a esse grupo de eventos aqueles que, mesmo não chegando aos serviços de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade (polícias, hospitais não-credenciados ao Sistema Único de Saúde-SUS, entre outros).

Assim delimitada, esta Política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais.

Os acidentes e as violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros (Minayo e Souza, 1998). Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Há diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com conseqüências distintas. Os homens sofrem mais violências que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde.

De outra parte, acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão. Entretanto, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre um certo grau de imprecisão. Esta Política adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis.

Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais -

devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes -, e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças-CID (OMS, 1985 e OMS, 1995), sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros.

O tema inclui-se no conceito ampliado de Saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro.

Ao incorporar os dois temas como problemas de Saúde Pública, o setor o faz, de um lado, assumindo a sua participação - com os outros setores e com a sociedade civil -, na construção da cidadania e da qualidade de vida da população; e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação.

Na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, ensejando a discussão de que se tratava de um dos mais graves problemas de Saúde Pública a ser enfrentado. A partir de então, essas mortes representam cerca de 15% dos óbitos registrados no País, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Em 1996 e 1997, os acidentes e as violências foram responsáveis por, aproximadamente, 120 mil óbitos anuais.

Na ampla faixa etária dos 5 aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios - estes em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais -, são os dois subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violências (Souza, 1994). Assinale-se que, na população jovem, em 1997, para cada mulher de 20 a 29 anos de idade, morreram 15 homens da mesma faixa etária por projétil de arma de fogo. A população masculina, além de armas de fogo (SIM/MS - 1997), está também mais exposta a outros fatores de risco, como uso de álcool e de drogas.

A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, que acumulam cerca de 75% do total das mortes por causas violentas. Nas áreas rurais, entretanto, o fenômeno também está presente, embora a sua gênese e as suas manifestações sejam diversas e pouco investigadas. Nelas são geradas mortes em conflitos

pela terra, em áreas de garimpo, na rota do narcotráfico, ao lado do aliciamento e da exploração de crianças e adolescentes para a prostituição e o trabalho escravo. São também consideráveis as vítimas de intoxicações por agrotóxicos e de envenenamentos por animais peçonhentos.

O impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos. No Brasil, o indicador de APVP aumentou 30% em relação a acidentes e a violências, entre 1981 e 1991, enquanto que, para as causas naturais, os dados encontram-se em queda (Reichenheim e Werneck, 1994; lunes, 1997; Vermelho, 1994).

Menos freqüentes, porém importantes, são as causas externas relacionadas à auto-agressão, como o suicídio e as tentativas não consumadas. Apesar da subnotificação, vem sendo observado um aumento dos casos: a taxa de suicídio aumentou 34%, entre 1979 a 1997. Em 1997, 6.920 pessoas cometeram suicídio. A população masculina jovem - 20 a 24 anos -, é o grupo que se encontra em maior risco para tal violência.

No tocante à morbidade por acidentes e violências, ainda é bastante precário o conhecimento disponível, seja em nível nacional, regional ou mesmo local. Dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) mostram que, em 1996, foram registradas 679.511 internações por essas causas, somente nos hospitais ligados ao SUS. A preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade indica que esses eventos se devem, sobretudo, a acidentes de trabalho e de trânsito. As fraturas, principalmente de membros, motivaram 37,5% das internações, destacando-se também, como causa de internação, as queimaduras entre crianças menores de cinco anos de idade (Lebrão e cols., 1997).

O impacto econômico dos acidentes e das violências no Brasil pode ser medido, diretamente, por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, e dias de permanência geral. Em 1997, o total desses gastos correspondeu a R\$ 232.376.612,16, valor que representou, aproximadamente, 8% dos dispêndios com internações por todas as causas. Embora se saiba que esses valores estão bastante subestimados, é importante assinalar que hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações (lunes, 1997).

No conjunto das causas externas, os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude, tanto em número de mortos quanto de feridos. Dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), da Fundação Nacional de Saúde, revelam que, em 1996, 35.545 pessoas morreram em conseqüência de acidentes de transporte. No ano de 1996, esses

acidentes corresponderam a cerca de 30% do total de causas externas. A taxa de mortalidade - 22,6 por 100.000 habitantes -, foi 40% maior do que a de 1977.

O adulto jovem apresenta-se como vítima importante, fato que evidencia não só um dano social, mas perdas na população economicamente ativa (Mello Jorge e Latorre, 1994; Mello Jorge e cols., 1997). O Departamento Nacional de Estradas de Rodagem (DNER) cita que, somente nas estradas federais do País, em 1995, ocorreram 95.514 acidentes, com 63.309 pessoas envolvidas, entre feridos e mortos, dos quais cerca de 56% tinham menos de 33 anos de idade (MT, 1996). As crianças em idade escolar e os idosos também são grupos especialmente vulneráveis aos atropelamentos.

O novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB), que entrou em vigor em 22 de janeiro de 1998, por meio da Lei n.º 9.503, privilegia as questões de segurança e de preservação da vida. Uma de suas características é o expressivo conjunto de medidas de prevenção que contém, não sendo, por conseguinte, um instrumento apenas punitivo. A sua implantação configura, assim, o mecanismo legal e eficaz para a diminuição dos principais fatores de risco, envolvendo condutor, pedestre, veículos e via pública.

O retardamento da implantação completa do CTB e a precária fiscalização na aplicação das leis já implantadas comprometem os resultados esperados de redução da violência no trânsito. A sensibilização da sociedade quanto à relevância do Código é fundamental. A implantação efetiva do CTB requer, por outro lado, a superação do atraso tecnológico nas questões do trânsito brasileiro, como a baixa confiabilidade das estatísticas referentes à frota das pessoas habilitadas, bem como em relação às vítimas e às ocorrências de acidentes de trânsito; o precário controle de tráfego, inspeção e segurança veicular; a desagregação de normas e procedimentos relativos à engenharia de trânsito; a fiscalização inadequada; e o treinamento ultrapassado para a habilitação de novos condutores, além da capacitação técnica de recursos humanos. Acrescente-se a isso o insuficiente conhecimento acerca desses eventos e vítimas, visto que os dados de atendimentos em prontos socorros, por exemplo, não estão abrangidos nas estatísticas oficiais.

Em relação aos acidentes e às violências, são várias as fontes a partir das quais se pode investigar, cada uma constituída de modo a satisfazer as necessidades institucionais que as geram. Além disso, sofrem diretamente as influências das limitações características dos sistemas de notificação, às vezes difíceis de serem compatibilizados. Desse modo, os resultados das investigações são divergentes, dependendo da fonte consultada, ocasionando distorções e erros interpretativos (Mello Jorge, 1990; Souza e cols., 1996).

As principais fontes oficiais de informação para o estudo dos acidentes e das violências, nas diferentes fases do evento até a morte, são o Boletim de Ocorrência Policial (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do DENATRAN; a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS); e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox).

O BO, instrumento utilizado nas Delegacias de Polícia nos níveis estadual e municipal, é uma fonte que pode ser complementada pelo Boletim de Ocorrência gerado pela Polícia Militar. Não é padronizado em nível nacional e, em geral, informa melhor os eventos mais graves que chegam ao conhecimento da polícia.

Por intermédio dos Boletins de Registro de Acidentes de Trânsito, os Detran estaduais, os Departamentos de Estrada, nos três níveis de governo, e os órgãos executivos municipais coletam os dados relativos aos acidentes ocorridos nas vias sob a sua jurisdição, utilizando documentos distintos que identificam veículos, condutores, passageiros, pedestres e condições das vias. Esses dados são sintetizados pelo DENATRAN, que recebe as informações de acidentes de trânsito registrados pelos Detran e pela Polícia Rodoviária Federal, mediante o Sistema Nacional de Acidentes de Trânsito (SINET/DENATRAN). Entretanto, não existe articulação eficiente entre os níveis federal, estadual e municipal desse Sistema, além do que seus dados não são analisados nem retroalimentam adequadamente tal sistema.

A CAT, por sua vez, é o instrumento de notificação utilizado em nível nacional pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para fins de concessão de benefícios. Dada a sua ampla aplicação em todo o Território Nacional, constitui-se na principal fonte de informação para o estudo da morbimortalidade ocupacional. Além do reconhecido sub-registro, essa fonte exclui os autônomos, os empregados domésticos, os vinculados a outros sistemas previdenciários e os sem carteira assinada. Tais limitações, particularmente considerando a grande parcela de trabalhadores inseridos no setor informal da economia, dificultam a conformação do perfil epidemiológico da população trabalhadora do País. A partir desses registros, verificou-se, no ano de 1996, que 90% dos acidentes notificados ocorreram nas regiões Sudeste e Sul, dos quais a metade no setor industrial; destes, cerca de 60% referem-se ao grupo etário de 18 a 35 anos de idade. Entre os trabalhadores do sexo masculino, o principal ramo gerador de acidentes é a construção civil.

Nos acidentes ampliados - incêndios, explosões e vazamentos envolvendo produtos químicos perigosos -, embora conhecidos pelo seu impacto nas comunidades e no meio ambiente, 90% das vítimas

imediatas são os próprios trabalhadores. Algumas vezes, resultam em verdadeiras catástrofes, provocando dezenas, centenas ou milhares de mortes em um único evento. São exemplos desses acidentes o de Vila Socó, em Santos, 500 óbitos aproximadamente, e o da Plataforma de Enchova, no Rio de Janeiro, em 1984 - 40 óbitos -, além de eventos recentes, como o do *shopping center* de Guarulhos, São Paulo, que provocou dezenas de mortes.

O Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS, que abarca informações das instituições públicas e conveniadas ou contratadas pelo SUS, engloba em torno de 80% da assistência hospitalar do País, e sua massa de dados diz respeito a cerca de 13 milhões de internações/ano. Nesse aspecto, é importante salientar que, até 1997, os dados de acidentes e de violências eram os relativos somente à natureza da lesão que levou à internação, sem qualquer esclarecimento quanto ao seu agente causador. A partir de 1998, em decorrência da Portaria Ministerial n.º 142, de 13 de novembro de 1997, estão sendo codificados também os tipos de causas externas geradoras das lesões que ocasionaram a internação. Assinale-se que não existem sistemas de informação epidemiológica relacionados aos atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios, e que contemplem estudos mais apurados relativos a acidentes e a violências.

Implantado no País em 1975, o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde-SIM/MS é gerido pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde. Embora abrangente, atualmente, mais de 900 mil óbitos/ano, a sua cobertura ainda não é completa em algumas áreas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Quanto à qualidade das informações relativas a acidentes e a violências, algumas deixam a desejar. Os dados, nesse contexto, têm origem nas Declarações de Óbitos (DO) preenchidas nos Institutos de Medicina Legal. A qualidade das informações é ainda discutível, na medida em que, algumas vezes, não existe detalhamento quanto ao tipo ou intencionalidade da causa externa responsável pelas lesões que provocaram o óbito. Nesses casos, sabe-se apenas que se trata de uma morte decorrente de causas externas. Tal ocorrência vem sendo verificada em cerca de 10% do total de mortes por acidentes e violências no País, alcançando, em algumas áreas, valores bem mais elevados. Em determinadas localidades, essa distorção tem sido sanada ou minimizada com o auxílio de informações de outras fontes, tais como consultas ao prontuário hospitalar, laudos de necropsia ou utilização de noticiários de jornais.

Já o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1980, tendo por base experiências pioneiras e bem sucedidas em locais como o Centro de Controle de Intoxicações dos Hospitais Menino de Jesus em São Paulo, e João XXIII em Belo Horizonte, ambas em

1972. A criação do Sinitox originou-se da necessidade de se criar um sistema abrangente de alcance nacional, capaz de fornecer dados precisos sobre medicamentos e demais agentes tóxicos existentes às autoridades, aos profissionais de saúde e às áreas afins, bem como à população em geral. Em 1997, esse Sistema estava formado por uma rede de 31 Centros de Controle de Intoxicações em 16 estados. Um total de 50.264 casos de intoxicação humana foram registrados no Brasil, em 1995. Embora seja um sistema de referência para a América Latina, é importante reconhecer que o Sinitox ainda padece de importante subnotificação, causada, em parte, pela não obrigatoriedade do registro e pela não uniformidade dos dados em relação às ocorrências.

Em função do crescimento dos acidentes e das violências, da relativa inconsistência dos dados e da ausência de registros e conhecimento sobre certos agravos - principalmente no que se refere à determinação dos fatores de risco associados a cada um deles -, somente nos últimos anos é que têm sido desencadeadas algumas tentativas pontuais de estruturação de sistemas de informação mais integrados, ágeis e atualizados, objetivando a vigilância epidemiológica destes eventos.

De outra parte, é consenso mundial que a questão dos agravos externos tem vários e diversificados aspectos, que precedem a porta do hospital ou, até mesmo, o acionamento dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A partir da ocorrência do evento, no entanto, o adequado atendimento pré-hospitalar e hospitalar tem favorecido de maneira importante na minimização da morbimortalidade por tais eventos. A literatura publicada nos anos 80, nos Estados Unidos e em vários países da Comunidade Européia, apresenta evidências de que a percentagem de mortes evitáveis sofreu uma redução da ordem de 50% ou mais, a partir da implantação de sistemas de atendimento ao traumatizado.

No Brasil da década de 80, a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, particularmente de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), levou alguns estados a criarem seus serviços dissociados de uma linha mestra e de uma normalização típica de planejamento, instalação e operacionalização, respeitadas as diferenças regionais, surgindo, assim, um verdadeiro mosaico de modelos, a maioria deles com deficiências técnicas importantes, tanto no setor público quanto privado.

O desenvolvimento de APH teve início no Estado do Rio de Janeiro. Desde então, diversos grupos foram criados, os quais sensibilizaram os governos locais, levando ao surgimento de alguns serviços de atendimento pré-hospitalar (Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Distrito Federal, Pernambuco e Ceará). Alguns outros estados estão dando início ao processo de implantação, principalmente por conta do projeto de

Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), que visa, entre outros, à melhoria e à capacitação dos serviços de atendimento de emergência no País.

O sistema de APH tem a finalidade de atender vítimas em situação de urgência e emergência, antes da sua chegada ao hospital. No Brasil, existem dois sistemas de APH em nível público: o do telefone 192, desenvolvido e operacionalizado pelo governo municipal, e o do sistema 193, de caráter estadual, a cargo dos Corpos de Bombeiros. Em algumas cidades, ambos têm a presença do profissional médico. Os dois sistemas funcionam a partir de uma central de chamados, que recebe as solicitações. Dessa central emanam as ordens e apoio às diferentes ações. De acordo com as novas orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, as centrais de APH deverão ampliar as suas especificações e objetivos, passando a ser denominadas de Regulação Médica.

No elenco de problemas identificados, verifica-se a falta de normalização dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A ausência de uma ficha de atendimento com informações básicas, imprescindíveis e comuns a todos os APH, tem contribuído para que ocorram graves distorções. Não existe um processo sistematizado de alimentação e retroalimentação entre os diferentes setores envolvidos no atendimento às urgências, tais como saúde, segurança, educação, meteorologia, geologia, entre outros. Os boletins de ocorrência das diferentes unidades de segurança pública das três esferas governamentais são preenchidos, de maneira geral, de forma inadequada e incompleta e, o que é mais grave, sem nenhuma padronização.

Entre as dificuldades do atendimento pré-hospitalar, inclui-se a falta de orientação da população sobre como proceder diante de uma situação de emergência, o que contribui, muitas vezes, para o agravamento do estado das vítimas. Ao lado disso, a ausência de normas para a transformação veicular em ambulância, a exemplo dos sistemas americano, francês e alemão, favorece a adoção de viaturas não condizentes ao resgate e ao tratamento intensivo, como, por exemplo, o uso de veículos de passeio. A inexistência dessa padronização é verificada, também, nos insumos tecnológicos do suporte avançado de vida. É comum encontrar veículos designados como Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e de resgate que não dispõem de respiradores artificiais, bombas de infusão, monitores cardíacos, marcapasso, estojos para pequenos procedimentos cirúrgicos, materiais de imobilização e maletas de medicamentos.

Essas limitações comprometem o planejamento logístico e estratégico de atenção a situações de emergência. No que tange aos recursos humanos, não há um currículo mínimo, regulamentado pelo Ministério da Educação (MEC), para a formação de profissionais para este fim, desde o nível mais

elementar ao de nível superior. Soma-se a isso a falta de estudos mais aprofundados sobre o número e a qualidade de veículos, uma vez que os índices internacionais não contemplam a peculiar situação brasileira de densidade demográfica flutuante, condição do fluxo viário urbano e dificuldade de equipamentos aéreos de atendimento a acidentados.

Diante de todos os limites e dificuldades que existem no Brasil em relação ao atendimento pré-hospitalar, vale a pena ressaltar que experiências empíricas demonstram a redução do tempo de permanência hospitalar, de seqüelas e da mortalidade, desde que o APH integre uma estrutura maior de atenção a emergências, com unidades hospitalares, terapia intensiva, imagiologia e outros insumos, principalmente preventivos.

O atendimento médico-hospitalar de urgência e emergência é um segmento da saúde que muito vem exigindo de economistas e administradores especializados. Trata-se de uma vertente que, por envolver procedimentos caros, absorve parcela expressiva dos recursos financeiros da área da Saúde. Exige, ao mesmo tempo, perspicácia e agilidade administrativas. Esses aspectos são universais, mas tornam-se bastante evidentes em países emergentes, sobretudo em decorrência da falta de investimento maciço na atenção básica de saúde, contribuindo para o uso inadequado das unidades de emergência.

Essa realidade, presente no dia-a-dia das unidades de saúde, está associada à falta de resolubilidade no atendimento primário, que vai desde dificuldades para agendar consultas, até carência de recursos tecnológicos; são raros os municípios que integram um sistema hierarquizado e regionalizado de serviços. Como resultante, muito tempo é perdido até a chegada do paciente a uma unidade adequada para o atendimento de suas necessidades, o que contribui para o agravamento do seu estado.

Considerando as dificuldades do atendimento hospitalar e os reflexos da problemática do trânsito na sua esfera de competência, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n.º 2.329, de 9 de junho de 1998, mediante a qual instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. Trata-se de um programa de recuperação dos serviços de emergência que envolve: implantação de uma central de regulação, conforme definida na Resolução CFM n.º 1.529/98, de grande importância como observatório epidemiológico; incentivo à hierarquização e regionalização dos serviços; e criação de unidades especializadas de urgência.

Com o crescimento da violência no Brasil, os leitos hospitalares têm se tornado ainda mais escassos. Conseqüentemente, faz-se insuficiente o número de profissionais e de leitos em unidades de terapia intensiva e de recuperação pós-anestésica, bem como dos serviços de imagem. Acresce-se, ainda, o

estrangulamento da capacidade operacional dos laboratórios. Esses problemas se agravam nos serviços de pediatria, neonatologia, cardiologia, ortopedia, traumatologia e atendimento a queimados, nos quais a demanda por atendimento é bem maior do que a oferta de unidades de saúde.

Em relação a recursos humanos, tanto em termos numéricos quanto de capacitação, muito há que ser feito. As universidades devem participar mais ativamente na formação de profissionais, capacitando-os para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, bem como para o desenvolvimento de medidas preventivas. A inexistência de diretrizes institucionais nos serviços públicos que favoreçam a atuação dos profissionais nessa área gera desmotivação e êxodo, ficando tais serviços, por vezes, a cargo daqueles que não dispõem ainda de experiência suficiente.

Sob o ponto de vista das seqüelas decorrentes das lesões devidas a acidentes e a violências, quando não levam o paciente diretamente à morte, podem demandar uma internação, às vezes longa, com gastos elevados. Além disso, há a possibilidade de gerarem seqüelas permanentes e incapacidades. Dados apresentados pelas Nações Unidas estimam que, em 1991, no Brasil, em cada grupo de mil pessoas, 17 eram portadoras de seqüelas (cit. em Whitaker, 1993). Entre os danos produzidos no paciente, que exemplificam essa última situação, destacam-se as lesões medulares traumáticas.

Em 1997, foram atendidos nos hospitais ligados ao SUS, 6.388 pacientes com fratura de coluna vertebral, com taxa de internação mais elevada que nos anos anteriores. Quanto à localização da fratura, mais de 50% dos casos corresponderam aos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da situação e a possível ocorrência de seqüelas (Laurenti e cols., 1998).

Um outro exemplo pode ser dado valendo-se de estudo da distribuição de pacientes atendidos, naquele mesmo ano, na Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor (rede pública e de referência nacional para recuperação e reabilitação): do total de 293 pacientes, 42,2% foram vítimas de acidentes de trânsito, 24,0% de disparos de armas de fogo, 12,4% de mergulhos em águas rasas, 11,6% de quedas e 9,5% de outros tipos de acidentes e de violências. A grande maioria desses pacientes era formada por jovens, com idade entre 10 e 29 anos - 53,7% -, o que representa para o País o ônus da perda de valiosos anos de vida produtiva e o custo de um tratamento médico-hospitalar que, em muitos casos, pode prolongar-se por toda a vida. Ao lado disso, registre-se o fato de que são poucos os centros de reabilitação; os pertencentes ao INSS estão sendo desativados.

O impacto da deficiência pode trazer implicações para o estado funcional do indivíduo, que engloba as funções física, psíquica e social; na capacidade para

reinserção; na disposição do paciente para levar uma vida independente, retomando papéis sociais relevantes; e na disponibilidade para se beneficiar das ajudas tecnológicas oportunas. As alterações físicas interferem diretamente na função do indivíduo, comprometendo sua independência para a realização de atividades relacionadas ao cuidado pessoal, mobilidade, atividades ocupacionais e profissionais.

Em outras sociedades, o processo de reabilitação envolve o esforço de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, no sentido de concretizar tal etapa que seria, ao final, habilitar o paciente para o retorno ao trabalho, reintegrando-o à força produtiva da nação. Essas ações, como também a avaliação do impacto econômico e social da incapacitação física, são incomuns no Brasil, em parte porque os incapacitados físicos constituem, em grande número, vítimas da violência urbana, inexistindo medidas sistematizadas e institucionalizadas acerca desse tema. Entretanto, algumas medidas, mesmo que restritas aos poucos serviços especializados do País, já vêm sendo desenvolvidas.

Por outro lado, ao se analisar o problema dos acidentes e das violências sob a ótica dos segmentos populacionais, observam-se peculiaridades marcantes, tanto em relação às ocorrências, quanto às características e circunstâncias em que se dão tais eventos.

O grupo de crianças, adolescentes e jovens, que engloba os indivíduos na faixa etária de zero a 24 anos de idade, tem sido vítima de diferentes tipos de acidentes e de violências. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extra-domiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico. Por essa razão, estabelece-se a seguinte classificação estratégica:

- acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes extra-domiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); e
- violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violências extra-domiciliares (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem como as violências auto-infligidas (como a tentativa de suicídio).

A Constituição de 1988, em seu Artigo 227, estabeleceu os direitos fundamentais desse grupo, os quais alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Esse Estatuto, no tocante aos casos de violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de

saúde - Artigos 13, 47 e 245 -, define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes, em especial ao Conselho Tutelar, cabendo aos setores de saúde e de educação a notificação e a prevenção destes casos; à saúde cabe, especificamente, o atendimento psicossocial e médico. Em continuidade à promoção e ao fomento da garantia dos direitos dessa população, o Brasil tornou-se, em 1990, signatário da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que provê os princípios referentes aos padrões mínimos para o tratamento da infância no mundo.

Os acidentes e as violências são uma grave violação dos direitos fundamentais, assim como uma das mais importantes causas de morbimortalidade nesse grupo. Entre crianças e adolescentes até 14 anos de idade, os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior impacto na mortalidade do que os homicídios (Assis e cols., 1994). Os jovens, ao começar a dirigir, passam a constituir população de alto risco desse tipo de acidentes, especialmente pela inexperiência na condução de veículos, pela impulsividade característica da idade, além de outros fatores, como o consumo de álcool e drogas (Bastos e Carlini-Cotrin, 1998), aliados à deficiente fiscalização existente no País.

Os acidentes domésticos que ocorrem principalmente com crianças e idosos são passíveis de prevenção por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas (por exemplo, as relativas a embalagens de medicamentos, frascos de álcool e outros). A violência doméstica representa um grande desafio para o setor de Saúde, pois o diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores. A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas conseqüências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção.

Em relação aos homicídios, as taxas no País (Mello Jorge e cols., 1997) também revelam uma realidade preocupante. A partir da análise das taxas disponíveis, percebe-se que a mortalidade de crianças pode ser um indicador de violência doméstica. É nessa faixa etária que se detectam mortes ocorridas no lar, sendo exemplos quedas, queimaduras, afogamentos e outras que não são devidamente investigadas, podendo, por

isso mesmo, decorrer de maus-tratos (Marques, 1986; Santos, 1991; Assis, 1991; Gomes, 1998).

Os adolescentes e jovens são os mais afetados pela violência. A mortalidade nesses grupos populacionais tem como principal causa os eventos violentos: atualmente, cerca de sete em cada 10 adolescentes morrem por causas externas. Entre 1984 e 1994, a taxa de mortalidade na população masculina de 15 aos 19 anos passou de 93,7 para 128,2 por 100.000 habitantes, significando um aumento de cerca de 37% (Mello Jorge e cols., 1998). Cruz Neto e Moreira, 1998, chamam a atenção para as precárias condições de vida de crianças e adolescentes que não têm acesso à escola ou trocam as salas de aula pelo trabalho, num total descaso e desrespeito ao ECA. O número elevado de acidentes de trabalho envolvendo crianças - cuja atividade é legalmente proibida -, e adolescentes - este protegido por lei -, demanda uma ação urgente e eficaz voltada ao cumprimento do ECA.

Os adolescentes e jovens com atividade sexual iniciada cada vez mais precocemente, e desprotegida, apresentam conseqüências sérias como Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e aids, o aborto e a gravidez não planejada, elevando a mortalidade materna já relevante no contexto nacional e em outros países em desenvolvimento. Soma-se a isso o aumento da exploração sexual decorrente de necessidade econômica e de sobrevivência desses indivíduos. Agravando essa situação, registre-se a falta de orientação adequada e o despreparo da escola, dos serviços de saúde e da sociedade em lidar com a questão da sexualidade.

No segmento populacional representado pelas mulheres, as violências físicas e sexuais são os eventos mais freqüentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero estruturadas em bases desiguais, e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados, com maior freqüência, maridos, companheiros e parentes próximos. Dados de 1998 da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) indicam que 63% dos casos de agressão física ocorridos nos domicílios tiveram como vítima a mulher.

O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida. Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento, que, muitas vezes,

é o próprio agressor.

Os maus-tratos contra os idosos, aqui consideradas as pessoas a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, dizem respeito às ações únicas ou repetidas que causam sofrimento ou angústia - ou, ainda, à ausência de ações que são devidas -, que ocorrem numa relação em que haja expectativa de confiança (Action of Elder Abuse, 1995; Unpea, 1998).

Embora não se disponha de dados estatísticos sobre incidência e prevalência, sabe-se, a partir de estudos realizados em outros países, sobretudo nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra (Pillemer & Wolf, 1988; Podnieks, 1989; Ogg and Bennett, 1992), que a violência contra os idosos existe e manifesta-se sob diferentes formas: abuso físico, psicológico e/ou sexual, abandono e negligência. Some-se a essas formas de violência o abuso financeiro e a auto-negligência. Cabe ressaltar que a negligência, conceituada como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso, é uma forma de violência presente tanto em nível doméstico quanto institucional, levando muitas vezes ao comprometimento físico, emocional e social, gerando, em decorrência, aumento dos índices de morbidade e mortalidade.

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária (Eastman, 1994). Uma situação de elevado risco é aquela em que o agressor é seu dependente econômico. Aliam-se a esse outros fatores de risco: quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na vida cotidiana.

As quedas, causadas pela instabilidade visual e postural, comuns à idade, representam os principais acidentes entre os idosos. Um terço desse grupo que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização por queda. Cerca de metade dos idosos que sofrem esse tipo de fratura falece dentro de um ano; a metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente do cuidado de outras pessoas, aumentando os custos da atenção à saúde e retirando pelo menos um familiar da atividade econômica ativa, por um longo período.

Nas áreas urbanas, os acidentes sofridos pelos idosos, como quedas, queimaduras, intoxicações, atropelamentos, sufocações e outras lesões, são muito freqüentes devido à vulnerabilidade aos riscos presentes tanto no ambiente doméstico e outros, quanto no âmbito público (barreiras arquitetônicas, sistemas de transporte coletivos inadequados,

criminalidade). Os acidentes e as violências, com frequência, não são corretamente diagnosticados, tendo em vista que há falta de informação e preparo dos profissionais de saúde para enfrentar estes eventos, descrédito para com os relatos dos idosos por parte dos familiares e destes profissionais, além de constrangimento do idoso em acusar pessoas de sua família.

Como se depreende da análise precedente, os acidentes e as violências configuram problema de grande magnitude para a sociedade brasileira. Por envolver diferentes fatores, o seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população em geral. Nesse sentido, a presente Política setorial lança mão da promoção da saúde considerando, especialmente, a sua finalidade - o alcance da qualidade de vida -, e as suas estratégias básicas: a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária.

Tal opção leva em conta que a promoção da saúde configura um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis - individuais e coletivos -, e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde. Nesta Política, portanto, estão definidas diretrizes para o setor e identificadas responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e de violências no País.

2. PROPÓSITO

Os princípios básicos que norteiam esta Política Nacional são:

- a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; e
- a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

A presente Política enfatiza os fundamentos do processo de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis. Esse fortalecimento inclui a criação de ambientes saudáveis, a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais.

Nesse sentido, esta Política setorial prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo, abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas

destinadas ao tratamento das vítimas, nesta compreendidas as ações destinadas a impedir as seqüelas e as mortes devidas a estes eventos.

Esse enfoque baseia-se no fato de que quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto e a abrangência na proteção da população. Acresce-se a isso que cada um dos acidentes e das violências, em maior ou menor grau, é passível de prevenção.

Assim, considerando o quadro dos acidentes e das violências descrito no capítulo da Introdução, a presente Política Nacional tem como propósito fundamental a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas de modo a contribuir para a qualidade de vida da população.

3. DIRETRIZES

Para a consecução do propósito desta Política, são estabelecidas as diretrizes a seguir explicitadas, as quais orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que a implementarão, representados por planos, programas, projetos e atividades.

São as seguintes, as diretrizes mencionadas:

- promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
- sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
- estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- capacitação de recursos humanos; e
- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis

A implementação dessa diretriz compreenderá a ampla mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular, para a importância dos acidentes e das violências, bem como o reforço das ações intersetoriais relacionadas ao tema. Para tanto, deverão ser utilizadas diversas estratégias, entre as quais figuram, por exemplo, a implementação de propostas relativas a Municípios Saudáveis, Prefeito Amigo da Criança e Escolas "Promotoras de Saúde". Tais estratégias levarão em conta as recomendações oriundas das conferências internacionais relativas à promoção da saúde, especialmente no tocante a estilos de vida e ambientes saudáveis.

A essas estratégias, deverão ser acrescentados: a divulgação mais técnica dos dados sobre acidentes e violências, o apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e o estímulo às sociedades científicas que produzem revistas especializadas para que promovam discussões e elaborem edições temáticas.

Por outro lado, buscar-se-á desenvolver também a co-responsabilidade do cidadão num sentido amplo, incluindo a participação na reivindicação, nas proposições e no acompanhamento desta Política, e na promoção de ambientes seguros e comportamentos saudáveis relacionados à prevenção de acidentes e de violências e de seus fatores de risco, como uso de drogas, armas de fogo e, com destaque, o consumo de álcool, a não observância de regras de segurança e as relações interpessoais conflituosas. As medidas nesse sentido considerarão tanto os ambientes domésticos, de lazer, de trabalho e de trânsito, quanto aqueles em que se desenvolvem os processos de convivência social.

As iniciativas voltadas à co-responsabilidade do cidadão envolverão, igualmente, a formação e informação continuada da população - nas escolas, locais de trabalho, lazer e organizações sociais e mídia -, sobre a prevenção de acidentes e de violências e a atuação frente à sua ocorrência, incluindo os primeiros gestos diante de uma urgência ou emergência.

A observância dos dispositivos contidos no arcabouço legal referente ao trânsito constituirá, de outra parte, medida importante para que se disponha de condições adequadas à implementação de ações dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas de acidentes. No conjunto dos diplomas legais, destacam-se o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), em especial o Artigo 78 da Lei n.º 9.503, de 23 de setembro de 1997, que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT). Segundo esse Artigo, os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desporto, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, por intermédio do Conselho Nacional de Trânsito, deverão desenvolver e implementar programas de prevenção de acidentes.

Destaca-se, também, o Decreto n.º 1.017, de 23 de dezembro de 1993, que destina 50% do valor total do prêmio do DPVAT ao Fundo Nacional de Saúde, o qual deve utilizar 90% deste montante na prevenção e no atendimento às vítimas de acidente de trânsito; os outros 10% destinados ao Fundo devem ser repassados, mensalmente, ao coordenador do Sistema Nacional de Trânsito, para aplicação exclusiva em programas de prevenção. Já a Portaria Interministerial n.º 4.044, de 18 de dezembro de 1998, dos Ministérios da Saúde, da Fazenda e da Justiça, determina que suas entidades representativas adotem medidas destinadas a assegurar ampla e permanente divulgação dos direitos dos assegurados.

A sensibilização e conscientização dos formadores de opinião e da população em geral constituirão medidas essenciais para a promoção de comportamentos não violentos. Quanto aos formadores de opinião, deverão ser promovidos debates sobre estratégias de comunicação que estimulem a adoção de atitudes e valores contrários à prática da violência, nos quais buscar-se-á, em eventos conjuntos, a participação dos diversos setores envolvidos na prevenção da violência aos diferentes segmentos da população.

As campanhas de mobilização social buscarão o envolvimento da população na identificação e prevenção da violência e dos acidentes contra todos os segmentos sociais. Além da elaboração e da divulgação de materiais educativos, deverão ser identificados outros mecanismos capazes de tornar acessíveis as informações sobre o problema da violência em redes de comunicação e movimentos sociais organizados. Paralelamente às campanhas, serão desenvolvidos processos de educação, com participação ativa dos grupos sociais.

As medidas preventivas compreenderão a articulação e o desenvolvimento de ações não-governamentais e de diferentes conselhos. Para tanto, deverá ser apoiado o desenvolvimento de projetos conjuntos, bem como a realização de estágios de pessoal dessas organizações em centros de referência como, por exemplo, os da mulher.

No tocante à recuperação das vítimas de acidentes e de violências, o setor Saúde prestará informação, orientação e apoio tanto a estas quanto às suas famílias. Nesse sentido, serão desenvolvidas medidas específicas destinadas à sensibilização e à informação dos profissionais e gestores de saúde, sobretudo quanto ao seu papel na orientação dos portadores de seqüelas e deficiências, bem como de seus familiares.

Os estados e municípios deverão realizar ações sistemáticas de sensibilização para a prevenção de acidentes e de violências, adequadas à cultura local. Ao lado disso, será produzido material educativo acerca da prevenção de acidentes e de violências, destinado aos profissionais de saúde e de educação.

Em relação à unidade familiar, as medidas estarão voltadas tanto para o reconhecimento quanto para a redução da violência doméstica, envolvendo um conjunto de ações intersetoriais, tendo em conta o caráter multifatorial para a sua determinação, principalmente com as áreas da justiça e da segurança pública. Assim, o desenvolvimento das ações pautar-se-á pela tipificação da violência sofrida, considerando que os comportamentos violentos acontecem num contexto relacional em que os sujeitos estão implicados ora como vítimas, ora como sujeito das agressões, e que as pessoas envolvidas nestas situações tendem a repeti-las, perpetuando a cadeia de agressões em que estão inseridas. Especificamente em relação aos idosos, será

fundamental o investimento na formação de cuidadores.

Atenção prioritária deverá ser dada às crianças, adolescentes, jovens, portadores de deficiência física e mental e idosos em condição asilar, garantindo-lhes o cumprimento dos dispositivos legais concernentes aos direitos destes grupos, de forma articulada com entidades de classe, conselhos, organizações não-governamentais e a sociedade em geral.

Serão fundamentais a sensibilização e o incentivo dos profissionais e da população para o reconhecimento de que a violência contra esses segmentos populacionais é potencializadora da violência social em geral. Nesse sentido, deverá ser consolidado o entendimento de que é possível modificar a cultura, os comportamentos e as atitudes que a reproduzem. Particularmente quanto às crianças, adolescentes e idosos, promover-se-á o cumprimento das Leis de números 8.069/90 e 8.842/94, visando a notificação dos maus-tratos em relação a esses segmentos populacionais.

Já a orientação terapêutica compreenderá, sempre que necessário, informações aos pacientes e aos seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação preventiva e corretiva, levando em consideração o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem.

As ações de prevenção das violências e dos acidentes deverão estar incorporadas em todos os programas, planos e projetos de atenção a grupos específicos da população e a temas de saúde. Nesse contexto, o setor Saúde deverá também incentivar e participar, em conjunto com trabalhadores, responsáveis pelas empresas, polícia, defesa civil, órgãos ambientais e corpo de bombeiros, da elaboração de planos de emergência em locais que manipulam produtos perigosos e que possuem risco de provocar acidentes ampliados.

3.2. Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências

A implementação dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativas a acidentes e violências.

A melhoria das informações constituirá uma das prioridades à qual deverá ser concedida atenção especial. Uma das medidas nesse sentido será a promoção do registro contínuo padronizado e adequado das informações, de modo a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção acerca dos acidentes e das violências relacionados aos diferentes segmentos populacionais, segundo a

natureza e o tipo de lesões e de causas, a partir dos quais viabilizar-se-á a retroalimentação do sistema, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento prestado a esses segmentos. A base para a implementação dessa medida estará representada pela elaboração de normas técnicas respectivas; adequação de instrumentos de registros, com a introdução de questões específicas para o diagnóstico de violências e de acidentes; e inclusão de novos procedimentos ou especificação do atendimento na tabela dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH / SUS).

A sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, sobretudo de hospitais, configurará, por outro lado, iniciativa fundamental para a monitorização adequada da ocorrência desses eventos. Isso implicará a adoção de diferentes estratégias, entre as quais se destaca o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e das violências no setor Saúde.

Deverão ser sensibilizados, também, os dirigentes de institutos de medicina legal quanto à importância, para o setor, dos dados existentes nesses serviços. Para tal, constituirão mecanismos importantes a mobilização e a capacitação de médicos que atuam nesses institutos, bem como o estímulo ao provimento de recursos físicos e materiais necessários.

A monitorização da ocorrência dos eventos compreenderá a ampliação da abrangência dos sistemas de informação relativos à morbimortalidade, principalmente mediante:

- a promoção de auditoria da qualidade de informação dos sistemas;
- a elaboração de normas destinadas a padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, de forma a permitir o fornecimento do perfil epidemiológico do paciente atendido - incluindo tipos de lesões e tipos de causas externas - e da identificação do acidente de trabalho;
- a criação de um sistema nacional de informação relativo ao atendimento pré-hospitalar;
- a otimização do sistema de informação de morbidade, de modo que incorpore dados epidemiológicos relativos a atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios;
- a efetivação do disposto na Portaria GM/MS n.º 142/97, que determina a especificação do tipo de causa externa no prontuário médico e nas autorizações de internação hospitalar;
- a inclusão de "lesões e envenenamentos" com detalhamento do tipo de causas externas como agravos sujeitos à notificação, o que permitirá o conhecimento de casos atendidos em unidades de saúde não ligadas ao SUS e em nível ambulatorial;
- o estabelecimento de ações padronizadas de

vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade de acidentes e de violências determinando, inclusive, os fatores de risco. Essas ações deverão utilizar os sistemas de informação já existentes e metodologia uniforme;

- a criação de um banco de dados que reúna as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no País, visando à união de esforços e à otimização de recursos disponíveis;
- a inserção do serviço de informação toxicológica nos serviços de toxicologia - Centros de Intoxicação -, em hospitais de atendimento médico de urgência;
- a identificação e implementação de mecanismos que possibilitem a ampliação da cobertura de informação relativa aos acidentes de trabalho ocorridos no mercado informal, de modo a ultrapassar a concepção eminentemente previdenciária.

A monitorização da situação envolverá, também, o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por acidentes e violências, estimulando-se experiências locais e a união de esforços nas áreas em que vários procedimentos já estão sendo desenvolvidos, com vistas a potencializar os recursos disponíveis. Nesse contexto, deverão ser incentivados estudos amplos e consistentes acerca da morbimortalidade, inclusive com a determinação de seus possíveis fatores de risco.

Em relação a acidentes de trânsito, o sistema de vigilância epidemiológica compreenderá a implantação, com recurso eletrônico, de uma rede de informação estatística destes acidentes, que inclua a captação, o transporte e o armazenamento de dados. Essa rede deverá estar integrada e acessível a todos os fóruns em nível municipal, estadual e federal, e possibilitar a análise não apenas dos dados de acidente, como também de outros parâmetros de segurança que auxiliem na identificação de causas e na proposta de medidas preventivas. A organização e o desenvolvimento das ações implicarão a definição de um boletim de ocorrência padrão e a formação de técnicos em vigilância epidemiológica de acidente de trânsito.

○ setor Saúde deverá participar da monitorização dos acidentes ampliados, levantando, junto com os outros órgãos, as causas, as conseqüências a curto e longo prazos, bem como os recursos envolvidos na sua mitigação.

3.3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar

○ fomento à organização e à implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar (APH) será fundamental para a consecução do propósito desta

Política, para o que deverão ser promovidas medidas que permitam o aprimoramento dos serviços existentes. Entre essas, figurará a identificação de fontes de recursos destinados à preparação de pessoal e à aquisição de materiais. Nesse contexto, poderão ser fixados critérios diferenciados de incentivos para que estados e municípios invistam nesses serviços.

Além dessas medidas, deverão ser revistas e ou estabelecidas normas técnicas específicas, em conjunto com os diferentes setores envolvidos, para a padronização de equipamentos e de veículos para o transporte de vítimas, bem como para a formação de recursos humanos.

Paralelamente, os órgãos competentes promoverão a análise e o mapeamento de áreas de risco para a ocorrência de desastres com múltiplas vítimas e acidentes ampliados, a partir dos quais serão estabelecidos, juntamente com a defesa civil, planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar específicos para situações de fluxos maciços de vitimados. Será promovida, também, a integração do APH ao atendimento hospitalar de emergência, com a implantação de centrais de regulação médica nos estados e municípios, às quais competirá a articulação com os órgãos que mantêm este tipo de serviço, estimulando-os a atuar de forma compartilhada.

Ao lado disso, deverá ser incentivada a organização de consórcios entre municípios de menor porte e a ampliação do APH para as rodovias, por intermédio das polícias rodoviárias estaduais e federais, segundo normas estabelecidas de comum acordo entre estas e os gestores do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência.

3.4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências

A prestação do atendimento às vítimas requererá a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de forma que possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutive, desde o primeiro nível de atenção. A consecução desse atendimento dar-se-á, sobretudo, mediante o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor Saúde e as áreas jurídicas e de segurança, para o que será provida a respectiva assessoria técnica no tocante à definição, implantação e avaliação das ações. Nesse particular, ainda, deverão ser apoiados projetos e repasse de recursos voltados à estruturação e à organização mencionadas.

Os profissionais de saúde deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados. Serão garantidas as condições

adequadas para o atendimento, tais como tempo para reuniões de equipe, supervisão e infra-estrutura.

A assistência às vítimas de acidentes e de violências deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços.

Essa assistência orientar-se-á por normas específicas sobre o tratamento das vítimas de acidentes e de violências, com o objetivo de padronizar condutas, racionalizar o atendimento e reduzir custos. Esses protocolos deverão ser baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e amplamente divulgados junto aos profissionais. Além disso, deverá ser estimulada a criação de núcleos de trabalho acerca do tema nas secretarias estaduais e municipais de Saúde, nas sociedades científicas, nas instituições e serviços públicos e privados afins, bem como em grupos organizados da sociedade civil.

Serão definidas unidades de atendimento para emergências e urgências, conforme o seu grau de complexidade, sistematizando o atendimento específico e contribuindo para uma menor pletoira nos serviços de alta complexidade. Em regiões onde não houver condições para a instalação de serviços com complexidade mediana, serão estimuladas, sobretudo mediante a organização de consórcios intermunicipais, a regionalização e a hierarquização do sistema de atenção hospitalar.

Paralelamente, promover-se-á a valorização, a especialização, a atualização e a reciclagem de profissionais que atuam nos serviços de emergência. Buscar-se-á, igualmente, maior vinculação das universidades, com vistas à formação de recursos humanos para esse fim.

Os esforços deverão centrar-se na formação de profissionais especializados em emergências, clínicas traumáticas, cirúrgicas e atendimento pré-hospitalar, especialmente no que se refere ao atendimento pediátrico. Deverá ainda ser enfocada a especialização em gerenciamento de serviços de saúde. A formação desses profissionais contemplará, além dos aspectos clínico, cirúrgico e gerenciais, a abordagem psicossocial nos casos de violência.

A formação e a certificação de profissionais atuantes no sistema de emergência pré-hospitalar e hospitalar serão de responsabilidade das escolas de medicina e enfermagem credenciadas pelo Ministério da Educação. Somam-se aos núcleos formadores e certificadores as sociedades médicas, de enfermagem e científicas cuja titulação seja reconhecida.

Nas localidades onde seja elevada a demanda de pacientes aos hospitais de emergência de alta complexidade, serão criados serviços de pronto

atendimento, em diversas áreas das regiões metropolitanas, que atuarão principalmente como instâncias de estabilização e triagem, reforçando as demais medidas voltadas à hierarquização e descentralização do sistema de atenção hospitalar de emergência.

A ampliação do número de leitos para pacientes oriundos das salas de emergência constituirá, da mesma forma, medida essencial. Tais leitos deverão ser criados na própria unidade hospitalar que possua setor de urgência, bem como em hospitais de retaguarda, destinados a dar o devido suporte às referidas unidades. Paralelamente, procurar-se-á também adequar a oferta de leitos de terapia intensiva, quer para adulto, quer pediátrica.

Com relação aos serviços de atenção especializada - tais como unidade de queimados, centros de atendimentos toxicológicos, unidades de hemodinâmica, diálise, gestação de alto risco, entre outros -, serão procedidos levantamentos para avaliação e posterior adequação às necessidades. Todas as unidades de atendimento a grandes emergências e aquelas que forem únicas em determinadas localidades ou regiões do País deverão desenvolver e adotar treinamentos simulados, em situação de catástrofes ou ocorrências que envolvam grande número de vítimas.

A unidade de tratamento de pacientes de alto risco será um ambiente obrigatório em qualquer serviço de urgência, independentemente de seu nível de complexidade e da etiologia do agravo. Terá como finalidade oferecer o suporte avançado de vida a qualquer paciente, seja cirúrgico ou clínico, que esteja em risco iminente de morte. Essas unidades deverão atender pacientes de todas as faixas etárias, garantidas as condições clínicas para o transporte adequado de pacientes entre diferentes serviços.

Em relação às crianças, adolescentes e jovens vítimas de quaisquer tipos de violências e de acidentes, buscar-se-á garantir o direito à assistência adequada dirigida a estas faixas etárias. Uma medida importante será a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, psicológico e social necessário a essas vítimas e suas famílias. Deverão ser estabelecidos serviços de referência para o atendimento dos casos de difícil manejo nas unidades de saúde, tomando-se como exemplo os serviços de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias.

O cartão da criança deverá ser utilizado e valorizado como instrumento básico de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como de registro de situações de risco, tais como: modificação do ritmo de crescimento, não cumprimento do calendário de vacinação, atraso nas etapas do desenvolvimento, desnutrição, desmame, que poderão, dentro de um atendimento geral, auxiliar na detecção de situações de negligência.

O atendimento a ser prestado às mulheres pelos serviços de saúde contemplará o aumento da auto-es-

tima, de modo que elas se sintam fortalecidas para identificar soluções, em conjunto com a equipe multiprofissional dos serviços, para a situação vivenciada, assim como para a prevenção de comportamentos violentos, buscando-se romper os elos dessa cadeia. Dessa forma, também deverão ser contempladas atividades voltadas à reeducação de agressores e garantidas redes de apoio para o atendimento, tais como abrigos e unidades que atendam ao aborto legal.

A assistência aos idosos, no âmbito hospitalar, levará em conta que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do enfermo hospitalizado. Nesse sentido, a capacidade funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde - ambulatórios, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros -, na conformidade do que estabelece a Lei n.º 8.842/94, em seu Art. 4.º, inciso VIII; e o Art. 17 do Decreto n.º 1.948/96, que a regulamentou. O idoso também terá uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados - conveniados ou contratados -, pelo SUS.

Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que será sempre observado é a possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco envolvidos. O profissional de saúde, quando houver indícios de que um idoso possa estar sendo submetido a maus-tratos, deverá denunciar sua suspeita.

Especial atenção será dada à formação das equipes de saúde para o diagnóstico e o registro corretos da relação entre trabalho, acidentes e violências. Para tanto, a rede assistencial deverá ser capacitada não só para prestar a atenção requerida, mas também para acionar o desencadeamento de ações de prevenção. Para tanto, buscar-se-á a contínua integração entre as ações assistenciais e aquelas atinentes à vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, para que sejam desencadeadas medidas oportunas e adequadas nos ambientes de trabalho, visando ao controle e ou eliminação dos fatores de risco neles presentes.

Além disso, incentivar-se-á a criação e a capacitação de unidades de emergência para o atendimento de intoxicações, enfatizando-se aquelas decorrentes de agrotóxicos, com apoio toxicológico de emergência e de referência.

3.5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação

A operacionalização dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a elaboração de normas relativas à recu-

peração e à reabilitação, em nível nacional, ao lado do aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento aos pacientes nesta fase da atenção.

O processo de reabilitação, que tem início na instituição de saúde, dirigirá suas ações não somente para a educação do paciente como, também, de sua família. Assim, os serviços de reabilitação prestarão atendimento multiprofissional aos pacientes, a fim de evitar seqüelas e incapacidades, além de propiciar condições para a sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral.

Para favorecer o alcance da independência do paciente dentro da nova situação, procurar-se-á provê-lo dos vários recursos de reabilitação, tais como órteses, próteses, cadeiras de rodas e auxílios de locomoção, como andadores, muletas, bengalas, meios de comunicação alternativos, entre outros.

Deverão ser criados mecanismos que favoreçam a informação, orientação e apoio ao paciente e à sua família como sujeitos da ação de recuperação. Dois desses mecanismos serão a sensibilização e a informação dos gerentes dos serviços e dos profissionais de saúde sobre os seus respectivos papéis na orientação dos portadores de seqüelas e seus familiares.

A readaptação do paciente à família e à sociedade requererá a adoção de medidas essenciais, tais como:

- diagnóstico epidemiológico dos portadores de seqüelas;
- levantamento da situação dos serviços e sua adequação às necessidades;
- adequação dos espaços urbanos, domésticos, dos edifícios públicos e particulares, bem como dos meios de transporte, de modo a permitir a redução do número de acidentes e a livre locomoção dos pacientes, eliminando-se barreiras arquitetônicas e superando barreiras culturais;
- incentivo às instituições empregadoras para que contratem portadores de seqüelas.

Paralelamente, promover-se-á a organização de uma rede coordenada de atendimento - incluindo equipes de reabilitação para atendimento na própria comunidade -, mediante a sistematização e conjugação de esforços e de serviços existentes na região. Tal estratégia visa potencializar os recursos disponíveis localmente, bem como aqueles que são disponibilizados por parte das diferentes instâncias do SUS, de que são exemplos os recursos financeiros repassados pelo nível federal aos gestores estaduais e municipais para o fornecimento de órteses e próteses ambulatoriais e hospitalares.

A entrada do usuário nessa rede dar-se-á pela unidade básica de saúde ou pelo serviço de emergência ou pronto atendimento, a partir do qual será assistido, receberá orientação e ou será encaminhado para um serviço compatível com as suas necessidades. Essa organização da atenção não significa que, pelo fato de ser assistido em um serviço de menor complexidade, o

paciente não terá acesso àquele compreendido nos outros níveis. Na realidade, essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando-se a sobrecarga de qualquer um dos serviços.

3.6. Capacitação de recursos humanos

A preparação de recursos humanos deverá atender a todas as necessidades decorrentes da implementação das diretrizes aqui fixadas, destacando, em especial:

- promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas;

- criação da disciplina de emergência nos cursos da área de Saúde;

- complementação curricular para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de enfermagem a serem homologados pelo MEC;

- promoção do estabelecimento e implementação de currículo mínimo padronizado - homologado pelo MEC -, para a formação de profissionais voltados ao atendimento pré-hospitalar;

- capacitação de recursos humanos da área da Saúde e de outros setores para atuarem na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis, e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional; tal capacitação deverá incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além da elaboração de material informativo e educativo.

3.7. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e violências constituirá medida essencial para que o tema seja, efetivamente, abordado como problema de Saúde Pública relevante, e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor Saúde.

As pesquisas deverão integrar estudos de cunho socioantropológico, essenciais para a identificação dos valores, hábitos e crenças que perpassam as relações interpessoais e institucionais e de outras áreas afins ao tema. Aliam-se a essas, pesquisas epidemiológicas e clínicas que permitam a identificação de fatores de risco e de proteção envolvidos nas redes causais de acidentes e de violências, ao mesmo tempo que indicam áreas e grupos sociais mais vulneráveis a esses agravos.

Será necessário, também, desenvolver investigações quanto ao impacto socioeconômico das violências e dos acidentes na sociedade. Para tanto, as universidades e os centros de investigação deverão estar integrados com as temáticas geradas a partir dos serviços.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País - propósito desta Política Nacional -, requererá dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão o adequado provimento dos meios necessários ao desenvolvimento das ações. A articulação intrasetorial é requisito indispensável para que as diretrizes aqui fixadas sejam operacionalizadas.

Por outro lado, tendo em conta que a consecução de tal propósito depende da adoção de medidas essenciais de competência de outros setores, esta Política tem como princípio a construção e a consolidação de parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não-governamentais. Essas parcerias significam a conjugação de esforços que se expressam mediante a implementação de um amplo e diversificado conjunto de ações articuladas, voltadas à prevenção de acidentes e de violências e, por conseqüência, à redução da ocorrência destes eventos, contribuindo, assim, para a qualidade de vida da população.

Na articulação intersetorial, será buscado o engajamento de toda a sociedade, a qual deverá ser mobilizada sobretudo por intermédio dos diferentes segmentos sociais que a representam, estabelecendo compromissos mútuos que resultem em medidas concretas, como, por exemplo, a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, que é um dos elementos capazes de refletir decisivamente na redução de acidentes e de violências no País.

4.1. Articulação intersetorial

No âmbito federal, caberá ao Ministério da Saúde promover a articulação dentro do próprio setor e com as instâncias a seguir identificadas, com as quais buscará construir e consolidar as parcerias anteriormente referidas, a partir das medidas aqui explicitadas e consideradas essenciais para o alcance do propósito estabelecido na presente Política Nacional.

Além das responsabilidades específicas em relação a esta Política, também caberá aos gestores estaduais e municipais do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência, estabelecer a indispensável parceria, preconizada neste documento.

A. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano

Buscar-se-á, em especial, com essa Secretaria, a promoção de medidas destinadas a adequar e/ou readequar os espaços urbanos, domésticos e dos edifícios públicos e particulares, com vistas à prevenção de acidentes e de violências, e permitir a livre locomoção dos pacientes vítimas destes eventos.

B. Ministério da Justiça

A parceria a ser estabelecida visará principalmente:

- a sensibilização e a capacitação de médicos que atuam nos institutos de medicina legal para que possam fornecer, adequada e oportunamente, atendimento humanizado, favorecendo a emis-

são de laudos completos para a adoção das medidas cabíveis, bem como a alimentação dos sistemas de informações;

- a criação de eventos específicos para a discussão de questões polêmicas como o atendimento, encaminhamento e acompanhamento de vítimas de abuso sexual;
- a integração dos sistemas de informações relacionados a acidentes e a violências, disponíveis nos âmbitos policial e de trânsito, inclusive com a padronização nacional dos formulários de cada um destes sistemas;
- a promoção de medidas destinadas a melhorar a segurança dos pedestres, dos condutores, dos passageiros, dos veículos e das vias públicas;
- a plena implantação do Código de Trânsito Brasileiro (CTB), com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias;
- a promoção de medidas, tendo em conta os Artigos 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto à importância do Código, entre as quais destacam-se: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco que interferem na direção segura; a divulgação, em nível nacional, do Código e de sua regulamentação, de modo a facilitar a participação do poder público e da população; o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, ressaltando o seu papel na prevenção, inclusive com a elaboração de manual acerca desta participação no trânsito;
- o cumprimento de dispositivo contido no CTB relativo à utilização no trânsito dos recursos nele gerados, sobretudo na introdução de novas tecnologias e no treinamento de recursos humanos;
- o cumprimento e a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente, mediante, por exemplo, o fortalecimento das medidas adotadas contra a prostituição infanto-juvenil, a erradicação do trabalho infantil e as referentes a crianças, adolescentes e jovens autores de atos infracionais;
- a divulgação da Lei n.º 9.534/97 e a promoção do seu cumprimento, em especial no que respeita à gratuidade do registro civil de nascimento;
- o estabelecimento de protocolos de cooperação visando à prevenção e ao atendimento das vítimas de acidentes e de violências, compreendendo a elaboração e implantação de projetos conjuntos, bem como a padronização de formulários, como o Boletim de Ocorrência Policial, entre outros;
- o treinamento para policiais, técnicos do IML e demais profissionais envolvidos, respeitadas as suas áreas de competência;
- a adoção de medidas de controle de armas de

fogo, considerando-as como importante fator de risco para a violência.

C. Ministério da Educação

Buscar-se-á, com esse Ministério, sobretudo:

- a inclusão, nos currículos de primeiro e segundo graus, bem como nos cursos profissionalizantes e técnicos, de conteúdos referentes à prevenção de acidentes e de violências;
- a mobilização das universidades para que induzam investigações atinentes aos acidentes e às violências, não só divulgando-as em publicações científicas, mas de forma que contribuam, inclusive, para a melhoria e o aprimoramento da rede de serviços;
- a inclusão, nos currículos dos cursos de graduação das áreas da Saúde, Educação, Assistência Social e Direito de disciplina relacionada a acidentes e a violências;
- a adoção, no nível médio de ensino, de currículo interdisciplinar com conteúdo programático sobre defesa civil;
- o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;
- o incentivo, nos cursos de graduação da área de Saúde, à formação em emergência;
- o estabelecimento de currículo mínimo para técnicos de emergência e de profissionais;
- o apoio no estabelecimento de cursos e estágios de educação continuada e atualização para profissionais de saúde e outros envolvidos no atendimento pré-hospitalar e hospitalar às emergências;
- o estímulo à criação de residência médica e de enfermagem em emergência - contemplando aspectos do planejamento, administração e prestação de serviços -, e a sua respectiva homologação pelos órgãos competentes.

D. Ministério do Trabalho e Emprego

A parceria a ser estabelecida visará a implementação das medidas de prevenção dos acidentes de trabalho e o fortalecimento das iniciativas destinadas a erradicar o trabalho infantil e a coibir a exploração do trabalho juvenil; além disso, procurará viabilizar a ampliação do programa de bolsas de trabalho para jovens.

E. Ministério da Previdência Social

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida buscará promover a ampliação da cobertura e o aperfeiçoamento da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT).

F. Ministério dos Transportes

A parceria visará, sobretudo, a adoção de medidas destinadas a melhorar a segurança das vias públicas,

mediante a inclusão, nos contratos de concessão de rodovias, de normas técnicas de procedimento, bem como de auditoria técnica independente.

G. Ministério da Ciência e Tecnologia

A articulação objetivará, em especial:

- a indução, por parte do MCT, de pesquisas que englobem as diferentes questões relativas a acidentes e a violências, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento das medidas dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas destes eventos;
- o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos de todas as fontes, particularmente dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;
- o estímulo à criação de novas tecnologias - preventivas, recuperativas e reabilitadoras - inerentes às violências e aos acidentes.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde

Implementar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento desta Política Nacional, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.

Assessorar as Unidades Federadas na elaboração e implementação de suas respectivas políticas estaduais.

Desenvolver e implementar mecanismos que possibilitem a articulação intrasetorial.

Promover a ampliação da abrangência dos sistemas de informação inerentes à morbidade e mortalidade, de modo que cubram, de forma adequada e suficiente, dados relativos a acidentes e a violências; criar sistema padronizado e integrado que contemple dados relacionados a atendimento pré-hospitalar, pronto-socorro e ambulatório, que permita as investigações das causas externas; e viabilizar auditoria relativa à qualidade da informação.

Incorporar as causas externas como agravado de notificação.

Organizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

Promover o diagnóstico, a notificação e o acompanhamento dos casos de violência doméstica em crianças, adolescentes, jovens, mulheres, idosos e portadores de deficiência visando o atendimento e o conhecimento destes casos.

Promover a elaboração e acompanhar o cumprimento das normas relativas a acidentes e a violências no âmbito do setor Saúde.

Promover o cumprimento, no âmbito da ação específica do setor, dos preceitos contidos no ECA, no que se refere ao direito à vida e à saúde da criança e do adolescente (Artigos 7 e 14).

Apoiar a plena implantação do Código de Trânsito Brasileiro, com especial atenção às normas de caráter

preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias.

Participar da promoção de medidas preventivas, tendo em conta os Artigos 77 e 78 do Código de Trânsito Brasileiro, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto à sua importância, entre as quais se destacam: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco e o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, inclusive da elaboração de manual acerca desta participação.

Estabelecer recomendações clínicas sobre patologias e comportamentos que possam comprometer a capacidade de dirigir e associar-se a organizações da sociedade civil, empresas públicas e privadas, para a sua intensa divulgação.

Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação desta Política.

Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, promover a disseminação e divulgar as informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.

Promover a capacitação de recursos humanos.

Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade, e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

Fomentar a organização e a consolidação de serviços de atendimento pré-hospitalar, assim como estabelecer normas para o seu funcionamento, integrando-os ao atendimento hospitalar de emergência.

Apoiar a organização da rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, bem como para a sua recuperação e reabilitação.

Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS n.º 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

Promover a padronização, em âmbito nacional, de boletim de atendimento médico ao nível pré-hospitalar, hospitalar de emergência e ambulatorial, possibilitando a ação efetiva de vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

Inserir de forma destacada, nas bulas de medicamentos, informações acerca dos riscos do uso destes produtos na execução de determinadas atividades, de que são exemplos a operação de máquinas pesadas, a direção de veículos, entre outras, inclusive quanto aos seus efeitos potencializadores.

Prestar assessoria na organização de consórcios intermunicipais.

4.3. Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde

Elaborar, coordenar e executar a política estadual relativa a acidentes e a violências, no âmbito do setor Saúde, consoante a esta Política Nacional.

Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta Política.

Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando a implementação da respectiva política, na conformidade da orientação constante na introdução deste capítulo 4.

Organizar, padronizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

Organizar e implementar sistemas integrados de informação de morbidade e mortalidade, relacionados a acidentes e a violências.

Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação da presente Política e da respectiva política estadual.

Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas nesta Política Nacional e na respectiva política estadual.

Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.

Promover e realizar a capacitação de recursos humanos, conforme preconizado na diretriz referente ao tema, com vistas à prevenção e qualidade de atendimento, sistematizado e humanizado, nas áreas da Saúde e afins.

Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

Promover a articulação com os setores de educação, justiça e segurança pública, visando o estabelecimento de protocolos de cooperação na prevenção de acidentes e de violências, que incluam, entre outros, a elaboração e implantação de projetos conjuntos e a realização de treinamentos para policiais, técnicos do IML, Conselhos Tutelares e Varas de Infância e Juventude.

Apoiar os municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS n.º 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

Promover a consolidação e/ou organização do atendimento pré-hospitalar.

Organizar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, promovendo, se for o caso, o estabelecimento de consórcios intermunicipais.

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente

Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município.

Promover e executar as medidas necessárias visando a integração da programação municipal à adotada pelo estado.

Promover e executar a articulação entre os diferentes setores no município, visando a implementação das ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, na conformidade da orientação constante na introdução deste capítulo 4.

Promover e executar o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar o elenco das atividades específicas decorrentes das Políticas Nacional e Estadual.

Estabelecer e manter sistemas de informação e análise relacionados à morbimortalidade por acidentes e violências.

Desenvolver ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

Promover a observância da Portaria SAS/MS N.º 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos saudáveis por parte dos munícipes, mobilizando, para tanto, os diferentes segmentos sociais locais.

Aplicar e acompanhar o cumprimento das normas decorrentes desta Política.

Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.

Organizar e implementar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a sua recuperação e reabilitação, estabelecendo, se for o caso, consórcios intermunicipais.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A partir de sua operacionalização, a presente Política Nacional compreenderá o desenvolvimento de um processo sistematizado de avaliação, com um acompanhamento permanente que permita o conhecimento da repercussão das ações sobre a ocorrência de acidentes e de violências no País, bem como acerca das conseqüências decorrentes destes eventos, sobretudo

no tocante ao atendimento, recuperação e reabilitação de pessoas vitimadas. Além disso, deverá possibilitar a incorporação de novas diretrizes para o enfrentamento dos diferentes eventos relacionados a acidentes e violências, e a realização de eventuais ajustes que venham a ser ditados pela prática.

Para o desenvolvimento desse processo, serão definidos parâmetros, critérios e metodologias específicas, capazes de, inclusive, favorecer o conhecimento da repercussão das medidas levadas a efeito por setores com os quais se buscará estabelecer parcerias, identificadas no capítulo "Responsabilidades Institucionais", deste documento.

Tais acompanhamento e avaliação poder-se-ão valer dos dados e informações gerados pelos diferentes programas, planos, projetos ou atividades que serão operacionalizados a partir desta Política.

Além da avaliação anteriormente prescrita, procurar-se-á investigar a repercussão desta Política sobre a qualidade de vida das pessoas, bem como a sua contribuição para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente na conformidade do que estabelece a Lei Orgânica da Saúde, em seu Art. 7º (Lei n.º 8.080/90), destacando-se:

a "integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (inciso II);

a "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" (inciso III);

o "direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde" (inciso V);

a "conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população" (inciso XI);

a "capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência" (inciso XII); e

a "organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos" (inciso XIII).

O processo de acompanhamento aqui preconizado deverá, igualmente, avaliar em que medida estão sendo cumpridas as metas e compromissos internacionais dos quais o Governo Brasileiro é signatário, bem como aqueles oriundos de eventos nacionais.

6. TERMINOLOGIA

Abandono - ausência ou deserção, por parte do responsável, dos cuidados necessários às vítimas, ao qual caberia prover custódia física ou cuidado.

Abuso financeiro aos idosos: exploração imprópria ou ilegal e/ou uso não consentido de recursos financeiros de um idoso.

Abuso físico ou maus-tratos físicos - uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade.

Abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos - agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social.

Abuso sexual - ato ou jogo sexual que ocorre em relação hetero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Acidentes ampliados - são acidentes relacionados a indústrias de processos contínuos; não se restringem ao ambiente de trabalho, afetando comunidades do entorno e produzindo efeitos adversos ao longo do tempo.

Autonegligência - conduta de pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado.

Acidentes de transporte - todos os acidentes que envolvem veículo destinado ao transporte de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro.

Acidentes de trânsito - acidentes com veículos, ocorridos na via pública.

Agentes tóxicos - todas as substâncias que, em contato com o organismo, causam alterações em suas funções.

Atendimento de recuperação e reabilitação - atendimento oferecido após a alta do paciente, geralmente em ambiente ambulatorial.

Atendimento pré-hospitalar - atendimento especializado oferecido a uma pessoa no local da ocorrência do evento, antes da chegada ao hospital.

Causas externas - ocorrências relacionais e acidentais, e circunstâncias ambientais como causas de lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos.

Deficiência - qualquer perda ou alteração de uma estrutura, função de ordem psicológica, fisiológica ou anatômica.

Fatores de risco - elementos de qualquer origem que possam comprometer ou colocar em risco a integridade física e ou emocional de um indivíduo.

Imaginologia - estudo de todos os procedimentos diagnósticos por imagem.

Incapacidade - qualquer restrição ou falta, resultante de uma deficiência da capacidade de realizar uma atividade nos moldes e limites considerados normais para um ser humano.

Informações tóxico-farmacológicas - informações sobre envenenamentos por medicamentos, produtos domiciliares, inseticidas, plantas tóxicas, animais peçonhentos, metais pesados, euforias (cocaína, LSD etc.), interações medicamentosas ou de drogas e teratogênese, bem como ações preventivas na área toxicológica.

Negligência - recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima.

Notificação - é a comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades de saúde.

Reabilitação - desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial físico, psicológico, social, profissional, não-profissional e educacional, compatível com seu comprometimento fisiológico, anatômico e limitações ambientais.

Recuperação - ato de recuperar, recobrar ou restaurar funções, membros ou segmentos corporais que foram atingidos por lesões ou traumas.

Seqüelas - danos deixados por qualquer doença ou agravo.

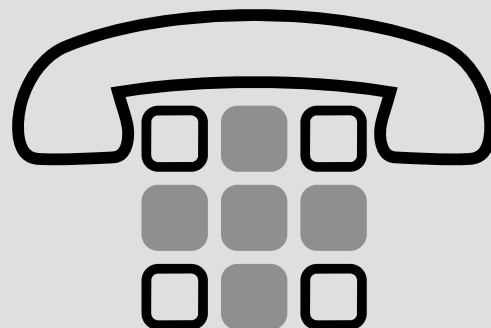
Profissionais responsáveis pela segurança relacionados ao Atendimento Pré-hospitalar - Corpos de Bombeiros, Policiais Civis, Militares, Rodoviários, e outros profissionais, devidamente reconhecidos pelo gestor público da saúde, para o desempenho do atendimento pré-hospitalar em suporte básico de vida (intervenção conservadora não-invasiva), sob supervisão médica, normalizados pelo SUS.

Suporte básico de vida - estrutura de apoio oferecida a pacientes com risco de morte desconhecido, promovida por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não-invasivas (como, por exemplo, imobilização do pescoço, compressão de sangramento etc.).

Suporte avançado de vida - estrutura de apoio oferecida a pacientes em risco de morte, promovido por profissionais médicos, por intermédio de medidas não-invasivas ou invasivas (como, por exemplo, drenagem de tórax, acesso às vias aéreas, acesso venoso etc.).

Unidade de tratamento de pacientes de alto risco - ambiente destinado a oferecer suporte básico e avançado de vida, favorecendo principalmente uma remoção adequada, tanto intra quanto inter-hospitalar.

Veículos para atendimento pré-hospitalar - viaturas equipadas com equipamentos para resgatar vítimas presas em ferragens ou em outras condições anômalas.



DISQUE SAÚDE
0800-61 1997

Edição

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL do CNS

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS - BLOCO "G"

ANEXO - ALA B - 1º 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

HTTP://CONSELHO.SAUDE.GOV.BR

REVISÃO, EDITORAÇÃO, IMPRESSÃO E ACABAMENTO

EDITORA MS/COORDENAÇÃO-GERAL DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO



Conselho
Nacional
de Saúde

MINISTÉRIO
DA SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL
Trabalhando em todo o Brasil