



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA CENTÉSIMA QUADRAGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

**ITEM 01 – ABERTURA** – Aos dois e três dias do mês de junho do ano de dois mil e quatro, no Auditório *Emílio Ribas*, Ministério da Saúde, Edifício Sede, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Quadragésima Terceira Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, procedeu a abertura dos trabalhos, cumprimentando o Colegiado e justificando a impossibilidade da participação do Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, na abertura dos trabalhos. Em seguida, apresentou a pauta da reunião e deu início à discussão do item relativo a informes e indicações. O Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, compareceu à reunião do CNS no período da tarde do primeiro dia de reunião e dirigiu-se ao Plenário nos seguintes termos: “Boa tarde a todos e todas. Quero desculpar-me pela minha ausência na abertura da reunião em virtude de outros compromissos. A princípio, gostaria de dar as boas vindas a todos os conselheiros e conselheiras. Gostaria de dizer que nesta reunião serão apresentadas questões que consideramos avanços construídos no último período. Esses avanços tiveram a importante participação do Conselho Nacional de Saúde e, principalmente, da Comissão Tripartite de Processos Negociais. Nós elaboramos projeto em conjunto com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, hospitais universitários federais e aprovamos um novo modelo de financiamento, e principalmente, a implantação de um modelo de orçamentação, que será uma experiência inédita. Vamos aprender com essa experiência e, talvez, estender a todo o Brasil a assinatura de um contrato de gestão. Dessa forma, teremos uma experiência de hospitais com orçamento, responsabilidade, atribuições e objetivos previamente definidos e claros ao longo do tempo. Isso será importante, porque vamos pegar serviços de excelência, em sua maior parte, com profissionais altamente capacitados e hospitais bem equipados, no entanto, muitas vezes, completamente fora da lógica do sistema de saúde municipal ou estadual. Essa é uma outra questão importante. Estamos trabalhando também com hospitais filantrópicos, que têm ensino universitário, procurando estabelecer um modelo semelhante de orçamentação, contrato e melhoria de gestão. Nós sabemos que vários hospitais têm dificuldades e que há subfinanciamento, mas sabemos que também há problemas de gestão. Ao longo dessa semana, anunciamos e assinamos a Portaria que trata de hospitais de pequeno porte. Tive a oportunidade de assinar a Portaria para implementação do novo modelo na Mostra de Saúde da Família. Essa iniciativa também será altamente reestruturadora do sistema de saúde, porque boa parte dos hospitais com menos de trinta leitos estão inviabilizados economicamente e os que conseguem sobreviver o fazem porque buscam uma vocação que não seria aquela adequada ao sistema municipal. Ou seja, uma cidade pequena próxima a outras cidades com serviços de referência possui serviço de referência para que o hospital possa sobreviver, sem que haja, de fato, necessidade. Vamos trabalhar com os estados e municípios para orçar esses hospitais, assinar contratos de metas, contratos de gestão, indicadores etc. O mais importante é que esses hospitais passarão a ter uma articulação direta com o Programa Saúde da Família. Queremos que eles ocupem um papel dentro do sistema municipal. Isso significa, muitas vezes, mudar seus papéis, transformar um hospital de um determinado município em serviço de pronto atendimento, de complexidade média ou simples; transformar uma unidade mista em um centro de atenção psicossocial e serviço de urgência geral; colocar urgência odontológica na maior parte deles. Trata-se de um processo que estamos construindo com os secretários estaduais e municipais e também queremos construir junto com o Conselho Nacional de Saúde. Essa iniciativa não representa fragmentação de ações, mas uma grande política de reforma do sistema hospitalar brasileiro que passa também pela qualificação. Os senhores e senhoras terão, brevemente, a oportunidade de conhecer a nossa proposta de melhoria da qualidade da atenção. Com isso, creio que estamos construindo uma nova condição para o sistema hospitalar brasileiro. O nosso companheiro **Artur Chioro** falará sobre a alta complexidade para a qual estamos propondo uma política altamente racionalizadora da utilização dos serviços, a fim de que tenhamos referências com ampla capacidade de resolução, diagnóstico, várias formas de tratamento, reabilitação, etc. Gostaria de dizer também que estamos fazendo o reajuste da tabela SUS. Estamos concluindo os estudos para o reajuste. Não é uma incoerência começar a orçar hospitais de um lado e, de outro, rever a tabela SUS. Mais uma vez, não serão

57 aplicados reajustes lineares. De fato, há uma defasagem histórica e nos esforçamos para minimizá-la  
58 no ano passado, porém reconhecemos que a defasagem ainda existe. Queremos induzir algumas  
59 políticas com o novo reajuste da tabela SUS. Por exemplo, nós estamos melhorando a remuneração  
60 por exames laboratoriais, parto, internação hospitalar e, paralelamente, discutiremos a reestruturação  
61 global do sistema hospitalar brasileiro. Na condição de Ministro da Saúde, quero agradecer  
62 imensamente o apoio que tenho recebido do pessoal da área de saúde, dos Secretários Estaduais e  
63 Municipais, dos Conselhos Estaduais e Municipais, do Conselho Nacional e das entidades da  
64 sociedade civil, para que possamos desvendar o esquema que funcionava no Ministério da Saúde há  
65 tantos anos. Parece-me que a polícia está conseguindo desmontá-lo. Quero reafirmar ao Conselho  
66 Nacional que a minha ação no caso é absolutamente impessoal. Não quero de forma alguma politizar  
67 ou partidizar essa questão. Cabe à polícia fazer as investigações. Com toda a serenidade, gostaria de  
68 garantir que o recurso da saúde chegue aonde precisa chegar. Sabemos que o recurso da saúde  
69 cresceu, mas ainda é muito pouco comparado com países com o mesmo nível de desenvolvimento do  
70 Brasil. Esse recurso desviado é o que está faltando para melhorar o salário de um profissional. Estou  
71 fazendo todo esforço para que não haja utilização política do processo, a fim de concluir as  
72 investigações, identificar e punir os responsáveis e recuperar os recursos desviados. É necessário  
73 criarmos mecanismos para que isso não volte a acontecer. Gostaria de enfatizar a importância do  
74 Conselho Nacional de Saúde para ampliar cada vez mais a transparência desse processo. Sem  
75 corporativismo, sabemos que a saúde foi uma das políticas públicas que mais avançou no Brasil nos  
76 últimos anos. Isso se deu por conta da unidade e do nosso compromisso, e, também, por ter sido a  
77 política pública de maior transparência para o controle da sociedade. Sabemos que ainda há muito para  
78 construir, mas tenho a convicção que não somente o Conselho Nacional de Saúde, como os Conselhos  
79 Municipais e Estaduais têm um profundo compromisso com o mesmo objetivo. Peço licença a todos os  
80 presentes e desejo um bom final de reunião. Um abraço a todos e a todas.” **ITEM 02 –**  
81 **CONFERÊNCIAS TEMÁTICAS** – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, convidou  
82 os Conselheiros **Moisés Goldbaum** e **Rozângela Fernandes Camapum** para apresentar informes sobre  
83 o andamento do processo de organização da 2ª Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em  
84 Saúde e da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum**  
85 informou que a Comissão Organizadora da Conferência Nacional de Saúde Bucal reuniu-se no dia 1º  
86 de junho de 2004 e discutiu questões que necessitavam do referendo do Plenário do CNS, sendo:  
87 mudança da data de realização; redação para o item do Regulamento relativo à apresentação de novas  
88 propostas na Plenária Temática; proposta de programação (composição das mesas, painéis e Plenárias  
89 Temáticas); e distribuição das vagas destinadas a convidados. A propósito da mudança de data,  
90 explicou que, em virtude do atraso no processo de licitação relativo às Conferências de Saúde Bucal e  
91 Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde decorrente da “Operação Vampiro”, não seria possível  
92 realizar a Conferência na data anteriormente definida de 1º a 04 de julho de 2004. Frente à situação, a  
93 Comissão Organizadora sugeriu uma nova data para os dias 29, 30, 31 de julho e 1º de agosto de  
94 2004. Além disso, acrescentou que o processo de licitação estaria pronto no dia seguinte. No que diz  
95 respeito à redação para o item do Regulamento relativo à apresentação de novas propostas na Plenária  
96 Temática, explicou que não foi possível definir nova proposta, assim, a sugestão da Comissão  
97 Organizadora era manter a redação original, aprovada anteriormente nos seguintes termos: “Quando  
98 houver destaques na Plenária Temática, os mesmos deverão ser entregues por escrito à mesa de  
99 apoio ao Plenário durante a leitura do relatório. Parágrafo Único. Os destaques devem contemplar  
100 supressão total ou parcial, modificação ou adendos pertinentes ao tema.” Em seguida, apresentou a  
101 proposta de programação da Conferência, com composição da mesa-diretora dos trabalhos da  
102 cerimônia de abertura, painéis temáticos, e plenárias temáticas. No que diz respeito às vagas para  
103 convidados, apresentou a proposta da Comissão Organizadora de distribuição paritária das 108 vagas,  
104 destinadas a convidados, entre os segmentos que compõem o Colegiado do CNS. Concluída a  
105 apresentação, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, colocou em discussão a  
106 proposta de mudança de data de realização da Conferência. Não havendo destaques, o Plenário  
107 aprovou a data de 29, 30 e 31 de julho e 1º de agosto de 2004 para realização da etapa nacional da 3ª  
108 Conferência Nacional de Saúde Bucal. Definido esse ponto, foi iniciada a discussão sobre o item do  
109 Regulamento relativo à apresentação de propostas na Plenária Temática. Conselheira **Gysélle Saddi**  
110 **Tannous** registrou a preocupação da Comissão de Relatoria em garantir a apresentação de novas  
111 propostas de um lado e definir mecanismo para diminuir o número de propostas apresentadas do outro,  
112 a fim de não inviabilizar a Plenária Final. Nessa ótica, falou sobre a proposta da Comissão de garantir a  
113 apresentação de propostas novas na etapa nacional a partir do seguinte critério: propostas  
114 absolutamente inéditas, que seriam apresentadas uma a uma, verbalmente, ao final da votação do  
115 condensado oriundo dos estados. As propostas novas somente seriam apresentadas na Plenária Final  
116 se tivesse 50% mais um de votos favoráveis na Plenária Temática. Conselheira **Rozângela Fernandes**  
117 **Camapum** explicou que a Comissão Organizadora, após exaustivo debate, não acatou a proposta da

Comissão de Relatoria, por entender que não deveria ser aberta a possibilidade de apresentação de novas propostas de um modo geral, pois poderia inviabilizar a conclusão dos trabalhos da Plenária Final. Disse que o entendimento da Comissão Organizadora era de que as propostas com, no mínimo, 70% dos votos estariam automaticamente aprovadas e propostas com 30% dos votos seriam apresentadas na Plenária Final como propostas sem consensos. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** comentou sobre o êxito da Conferência Estadual da Bahia, em especial no que diz respeito à conclusão dos trabalhos da Plenária Final, o que demonstrava a efetividade da metodologia adotada para as Conferências. Nessa linha, defendeu que fosse garantida a apresentação de novas propostas na Plenária Temática a qual serviria de “filtro” para as propostas que seriam apreciadas na Plenária Final. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** lembrou que na 1ª Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica foi apresentado número excessivo de propostas, o que dificultou o processo de votação. Por outro lado, ressaltou que o formato das Conferências de Saúde Bucal e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde era diferente daquele utilizado para a Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Disse que a garantia de apresentação de propostas “inéditas” poderia resultar em debate sobre o que seria ou não inédito, prejudicando também o andamento dos trabalhos. Nessa linha, defendeu a proposta de garantir a apresentação de adendos (supressivos, aditivos, modificativos), de forma a possibilitar a apresentação de questões não contempladas no Documento Referência. **Após discussão, o Plenário aprovou, por unanimidade, a inclusão de item no Regulamento da Conferência de Saúde Bucal nos seguintes termos: “Ao final da votação de cada eixo do Documento Referência, a mesa consultará a Plenária sobre as propostas não contempladas”. As propostas não contempladas deverão ser apresentadas uma a uma e irão para a Plenária Final aquelas que alcarem o quorum de 70% dos votos.** Definido esse ponto, foi colocada em discussão a proposta de programação da Conferência. Conselheiro **Moisés Goldbaum** sugeriu que o Conselheiro indicado para compor a mesa de abertura não representasse um segmento, mas sim o CNS como um todo. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** explicou que foi sugerida a indicação de representante do segmento dos usuários para participar da mesa de abertura, visando contemplar todos os segmentos que compõem o CNS na mesa. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** endossou a colocação do Conselheiro **Moisés Goldbaum** e, nesse sentido, sugeriu que fosse incluído na mesa de abertura um representante do segmento dos usuários e um representante do CNS. **Considerando essas contribuições, a proposta de programação (composição da mesa de abertura, dos painéis temáticos e das plenárias temáticas) foi aprovada nos seguintes termos:** *Abertura* – 1º dia: 17h – Lanche; 18h – Abertura da 3ª CNSB: Ministro de Estado da Saúde; Coordenador-Geral da 3ª CNSB; Representante do Conselho Nacional da Saúde; Representante do CONASS; Representante do CONASEMS; Representantes das Entidades Odontológicas Nacionais – ABO/CFO/FIO/FNO; Representante da OPAS no Brasil; Representante dos Prestadores de Serviços em Saúde; Representante dos Usuários; Representante do Conselho Nacional de Educação; 20h – Discussão e aprovação do Regulamento da 3ª CNSB: Mesa diretora: Trabalhador – **Rozângela Fernandes Camapum**; Gestor – **Gilberto Alfredo Pucca Júnior**; um representante do segmento dos usuários a ser indicado; um representante do segmento de prestador de serviço a ser indicado; Atividade Cultural: Show Musical – Banda Blitz. 2º dia: *Painéis Temáticos*: das 9 às 13h – Painéis Temáticos I e II. Painel Temático I - Educação e Construção da Cidadania. Coordenadora: **Afra Suassuna Fernandes**; Secretário: **Rodrigo Carvalho Nogueira**. Painelistas: **Dais Gonçalves Rocha** (representante do segmento de gestores); **Rogério Moreira Arcieri** (representante do segmento dos trabalhadores em saúde); **Maria Leda de Resende Dantas** (representante do segmento dos usuários); **Evanilde Maria Martins** (representante do segmento dos usuários). Painel Temático II - Formação e Trabalho em Saúde Bucal. Coordenador: **Miguel Nobre**; Secretário: **Norberto Francisco Lubiana**. Painelistas: **Paulo Góes** (representante do segmento de gestores); **José Carrijo Brom** (representante do segmento dos trabalhadores em saúde); **Jesus Francisco Garcia** (representante do segmento dos usuários); **Gysélle Saddi Tannous** (representante do segmento dos usuários). Das 15 às 19 horas – Painéis III e IV - Painel Temático III - Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal. Coordenador: **Augusto Alves de Amorim**. Secretário: a ser indicado. Painelistas: **Leni Lúcia Leal Nobre** (representante do segmento de gestores); **Francisco Batista Junior** (representante do segmento dos trabalhadores em saúde); **Eni Carajá Filho** (representante do segmento dos usuários); **Humberto Jacques de Medeiros** (indicado pelo segmento dos usuários). Painel Temático IV - Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal. Coordenador: **Jorge Solla**. Secretário: a ser definido. Painelistas: **René José dos Santos** (representante do segmento de gestores); **Joaquim Guilherme Vilanova Cerveira** (representante do segmento dos trabalhadores em saúde); **Neide Regina Cousin Barriguelli** (representante do segmento dos usuários); **Fernando Luiz Eliotério** (representante do segmento dos usuários). Atividade Cultural: Teatro Comédia – Os Melhores do Mundo. 3º dia: *Plenárias Temáticas*: das 9 às 13h; e das 15 às 19h: Plenárias Temáticas. Mesa Diretora: Educação e Construção da Cidadania em Saúde Bucal. Trabalhador: **Norberto Francisco Lubiana**; Gestor: **Samuel Moisés**; Usuário: **André Luiz de Oliveira**; Prestador: a ser indicado. Mesa Diretora: Formação e Trabalho

em Saúde Bucal. Trabalhador: **Rozângela Fernandes Camapum**; Gestor: **Marco Peres**; Usuário: a ser indicado; Prestador: a ser indicado. Mesa Diretora: Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal. Trabalhador: **Alexandre de Oliveira Fraga**; Gestor: **Marina Mendes**; Usuário: a ser indicado; Prestador: a ser indicado. Mesa Diretora: Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Bucal. Trabalhador: representante do CFO; Gestor: **Marco Manfredini**; Usuário: **Luiz Gonzaga de Araújo**; Prestador: a ser indicado. Atividade Cultural: Show Musical – Banda Let it Beatles. 4º dia: *Plenária final*: das 9 às 13 horas; e das 15 às 19 horas. Mesa Diretora: Educação e Construção da Cidadania em Saúde Bucal. Trabalhador: **Norberto Francisco Lubiana**; Gestor: **Ricardo Ceccin**; Usuário: a ser indicado; Prestador: a ser indicado. Mesa Diretora: Formação e Trabalho em Saúde Bucal. Trabalhador: **José Carrijo Brom**; Gestor: **Alexandre Mont'alven**; Usuário: a ser indicado; Prestador: a ser indicado. Mesa Diretora: Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal. Trabalhador: **Maria Natividade G. S. T. Santana**; Gestor: **Jorge Solla**; Usuário: **Fernando Luiz Eliotério**; Prestador: a ser indicado. Mesa Diretora: Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Bucal. Trabalhador: representante do CFO; Gestor: **Gilberto Pucca**; Usuário: a ser indicado; Prestador: a ser indicado. **No que diz respeito às vagas destinadas a convidados, o Plenário aprovou a proposta de distribuição paritária das 108 vagas entre os segmentos que compõem o Colegiado do CNS.** 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – Conselheiro **Moisés Goldbaun** informou, a princípio, sobre o processo de realização da Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, ressaltando que vários municípios estavam realizando as etapas estaduais e que 22 estados realizariam as etapas estaduais. Em seguida, apresentou questões definidas na reunião da Comissão Organizadora, realizada no dia 25 de maio de 2004, para serem referendadas pelo Plenário do CNS, sendo: proposta de programação; proposta de composição dos painéis; proposta de composição das mesas diretoras (participação dos Ministérios da Ciência e Tecnologia e da Educação nas plenárias temáticas); revisão do prazo para a entrega do relatório das Conferências Estaduais do Rio Grande do Sul e do Paraná (até o dia 12 de julho de 2004, às 10 horas); e divisão de vagas para convidados. Após a apresentação da proposta de programação de abertura, composição dos painéis e das mesas diretoras das Plenárias, comentou sobre o número reduzido de vagas destinadas ao Ministério da Saúde e, nesse sentido, apresentou a sugestão de os representantes do Conselho de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde participarem da Conferência como convidados (ocupando 27 das 60 vagas destinadas a convidados) e de representantes do Ministério da Saúde ocuparem vagas em vacância de outros Ministérios. Por fim, falou sobre o interesse da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do CORED em acompanhar a Conferência na qualidade de observadores ou convidados. Concluída a apresentação, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou ao Plenário o novo Coordenador da 2ª Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, **Reinaldo Guimarães**. Em seguida, colocou em discussão a proposta de composição das mesas diretoras das plenárias, que sugere a participação de representantes dos Ministérios da Ciência e Tecnologia e da Educação nas plenárias temáticas. **Não havendo destaques, a proposta de composição das mesas diretoras das plenárias foi aprovada, por unanimidade, nos seguintes termos:** Plenária para Aprovação do Regulamento da 2ª CNCTIS – 25 de julho de 2004 – Mesa Diretora: Coordenador: **Flávio Goulart** – CONASEMS (representante do segmento de gestores); **Neide Regina C. Barriguelli** – Entidade Nacional de Portadores de Deficiência Física – FARBRA (representante do segmento de usuários); **Mario Toscano** – CFM-FENTAS (representante do segmento de trabalhadores); Representante do Ministério da Ciência e Tecnologia: a ser indicado; Representante do Ministério da Educação: a ser indicado. Plenária Temática: Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – 27 de julho de 2004 - Mesa Diretora: Coordenador: **Moisés Goldbaum** – ABRASCO/SBPC (representante do segmento de usuários); **Antonia Angulo** – SCTIE/Ministério da Saúde (representante do segmento de gestores); **Francisca Walda da Silva** – ABEn – FENTAS (representante do segmento de trabalhadores); Representante do Ministério da Ciência e Tecnologia: a ser indicado; Representante do Ministério da Educação: a ser indicado. Plenária Temática: Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – 27 de julho de 2004. Mesa Diretora: Coordenador: **Julio Muller** – CONASS (representante do segmento de gestores); **Renato Cordeiro** – FESBE (representante do segmento de usuários); **Maria Eugênia C. Cury** – FENAFAR – FENTAS (representante do segmento de trabalhadores); Representante do Ministério da Ciência e Tecnologia: a ser indicado; Representante do Ministério da Educação: a ser indicado. Plenária Final da 2ª CNCTIS – 28 de julho de 2004. Mesa Diretora: Coordenador: **Nelson Rodrigues dos Santos** – SGP/Ministério da Saúde (representante do segmento de gestores); **Paulo Gadelha** – ABRASCO (representante do segmento de usuários); **André de Oliveira** – CNBB (representante do segmento de usuários); **Noemy Tomita** – CFBio-FENTAS (representante do segmento de trabalhadores em saúde); Representante do Ministério da Ciência e Tecnologia: a ser indicado; Representante do Ministério da Educação: a ser indicado. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu que a coordenação das mesas diretoras fosse feita de forma intercalada. Definido esse ponto, foi colocada em discussão a proposta de novo prazo para a entrega



do relatório das Conferências Estaduais do Rio Grande do Sul e do Paraná. **Não havendo destaques, a proposta foi aprovada. Os Estados do Rio Grande do Sul e do Paraná terão até o dia 12 de julho de 2004, às 10 horas, para entregar o relatório final das suas respectivas Conferências Estaduais.** Concluído esse ponto, a Secretária-Executiva do CNS colocou em discussão as propostas de composição dos painéis e de programação. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** registrou insatisfação com o fato de os componentes dos painéis da Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde não terem sido definidos conforme os critérios do Regimento Interno, art. 3º, § 2º, que determina que os expositores seriam escolhidos entre os gestores, trabalhadores em saúde, prestadores de serviços, usuários, membros do Ministério Público, estudiosos da área de ciência e tecnologia e saúde e especialistas. Nessa linha, sinalizou a falta da participação dos segmentos dos trabalhadores e usuários no processo de debate sobre os painéis. Conselheiro **Moisés Goldbaum** fez o registro da ponderação do Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**, contudo, esclareceu que a composição dos painéis foi definida a partir das determinações do Regimento Interno da Conferência. Além disso, acrescentou que a Comissão Organizadora acatou sugestões de nomes apresentadas pelo FENTAS. **Feitas essas considerações, o Plenário aprovou a proposta de programação e a composição dos painéis nos seguintes termos:** *Programação preliminar de abertura:* Dia: 25 de julho de 2004: Abertura oficial da 2ª CNCTIS. 18h: Mesa Oficial de Abertura - Ministro de Estado da Saúde; Ministro de Estado da Ciência e Tecnologia; Ministro de Estado da Educação; Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde; Representante do Conselho Nacional de Saúde; Representante do Conselho Nacional de Educação; Presidente do CONASS; Presidente do CONASEMS; Presidente da ABC; Presidente da SBPC; Representante da OPAS no Brasil; Coordenador-Geral da 2ª CNCTIS. 19h: Conferência Magna: Pesquisa em Saúde no Mundo. Professor **Carlos Morel**; Coordenador da mesa: Coordenador-Geral da 2ª CNCTIS. 20h: Plenária de Aprovação do Regulamento da 2ª CNCTIS. 21h: Apresentação de grupo musical. *Composição dos Painéis* – dia 26 de julho de 2004: Painel sobre Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. 8h30: Abertura - 1ª Parte do Painel: Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Coordenador: **José Carneiro** – CONASS (representante do segmento de gestores). 1. Princípios e Eixos Condutores da Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: **Rita Barata Barradas** – ABRASCO (representante do segmento de usuários). 2. Complexo Produtivo da Saúde: **Carlos Gadelha** – Ministério da Integração Nacional (representante do segmento de gestores). 3. Modelo de Gestão da Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: **Reinaldo Guimarães** – SCTIE/Ministério da Saúde (representante do segmento de gestores). 11h: 2ª Parte do Painel: Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (continuação). Coordenador: **Zilda Arns Neumann** – CNBB. 1. Superação das Desigualdades Regionais na Pesquisa em Saúde: **Cristóvão Picanço Diniz** - Universidade Federal do Pará (representante do segmento de usuários). 2. Aprimoramento da Capacidade Regulatória em Saúde: **Cláudio Maierovich** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (representante do segmento de gestores). 3. Formação de Recursos Humanos para a Pesquisa em Saúde: **Jorge Guimarães** – CAPES (representante do segmento de gestores). 13h: Intervalo para o almoço. Painel sobre a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 15h: Abertura. Coordenador: **José Alberto Hermógenes de Souza** – FENTAS. 1. Situação de Saúde e Prioridades de Pesquisa em Saúde: **Maurício Barreto** – ABRASCO (representante do segmento de usuários). 2. Consenso Político e Prioridades de Pesquisa em Saúde: **Gastão Wagner de Souza** – SE/Ministério da Saúde (representante do segmento de gestores). 3. Controle Social e Prioridades de Pesquisa em Saúde: **Jorge Beloque** (CONEP); **Alejandra Rotania** (CONEP); e **Francisco Pereira da Silva** (CONEP). 4. Responsabilidade Social do Pesquisador e Prioridades de Pesquisa em Saúde: **William Saad Hossne**. 19h: Coquetel. Definido esse ponto, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, consultou o Plenário sobre a proposta de o CNS trabalhar com número maior de delegados, a fim de contemplar as 27 vagas solicitadas pelo Ministério da Saúde. **O Plenário concordou com a proposta.** Por fim, a Secretária-Executiva do CNS colocou em discussão a questão das vagas para delegados. Consultou o Plenário sobre a proposta de o Ministério da Saúde ocupar as vagas relativas às vagas destinadas aos gestores federais (demais Ministérios). Conselheira **Zilda Arns Neumann** discordou da proposta por entender que seria necessário garantir a participação de representantes de todos os Ministérios na Conferência. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** não concordou com a proposta de o Ministério da Saúde ocupar vagas destinadas a Conselheiros representantes do segmento dos gestores no CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** também se manifestou contrário à proposta de o Ministério da Saúde ocupar vagas em aberto de outros Ministérios, considerando a necessidade da participação de representantes de todos os Ministérios. **Feitas essas considerações, o Plenário decidiu aumentar o número de vagas para os convidados, a fim de contemplar a solicitação do Ministério da Saúde, e manter as vagas para os Conselheiros do CNS (indicações por parte dos Conselheiros).** O Coordenador da 2ª Conferência de Ciência e Tecnologia, **Reinaldo Guimarães**, comentou sobre o êxito na realização das etapas municipais e estaduais da

Conferência, destacando a importância da participação e do apoio do CNS no processo. No segundo dia de reunião, Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** solicitou que fosse reaberto debate sobre a data de realização da 3ª Conferência de Saúde Bucal, 29 de julho a 1º de agosto de 2004, aprovada no dia anterior. Explicou que os membros do Fórum das Entidades dos Portadores de Deficiência e Patologia reuniram-se e ponderaram sobre a dificuldade da participação dos Conselheiros, em especial dos representantes do segmento dos usuários, e da Secretaria-Executiva nas duas Conferências, que ocorreriam seqüencialmente: a 2ª Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde de 25 a 28 de julho e a 3ª Conferência de Saúde Bucal de 29 de julho a 1º de agosto de 2004. Desse modo, apresentou a proposta de a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal ser realizada de 12 a 15 de agosto de 2004. O Coordenador Nacional de Saúde Bucal, **Gilberto Alfredo Pucca Júnior**, explicou que o calendário de organização da Conferência de Saúde Bucal estava sendo seguido, mas em virtude dos acontecimentos no âmbito do Ministério da Saúde foi atrasado. Ressaltou que apesar desses acontecimentos, seria possível realizar a Conferência na data anteriormente definida de 1º a 04 de julho de 2004, entretanto, como medida preventiva a Comissão Organizadora propôs a mudança de data. Assim, após consulta aos segmentos que participariam da Conferência, decidiu-se pela data de 29 de julho a 1º de agosto de 2004. Disse que uma nova mudança de data poderia prejudicar o processo operacional e administrativo da Conferência, considerando que implicaria na reformulação da comissão de relatoria, na re-elaboração do edital de licitação, entre outros aspectos. Ressaltou que o Conselho era soberano para mudar novamente a data de realização da Conferência, contudo, ponderou que implicaria no recomeço do processo organizacional. Dessa forma, propôs a manutenção da data aprovada no dia anterior, considerando que contemplaria a grande parte dos setores articulados para participar da Conferência. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** enfatizou também que uma nova mudança de data de realização prejudicaria o processo operacional e administrativo deflagrado a partir da deliberação do Plenário. Além disso, informou que a Secretaria-Executiva, após ser consultada, disse que haveria problemas em realizar as Conferências seqüencialmente. Ressaltou ainda que a data aprovada no dia anterior já havia sido divulgada a estados e municípios. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** destacou que a realização da Conferência de Saúde Bucal na data aprovada no dia anterior dificultaria a participação de vários segmentos nas Conferências, considerando a impossibilidade da permanência em Brasília por oito dias consecutivos. Além disso, ressaltou que era membro da Comissão de Relatoria, entretanto, não foi consultado sobre a proposta de mudança de data apresentada pela Comissão Organizadora. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, relatora adjunta da Conferência de Saúde Bucal, disse que também não foi consultada sobre as mudanças da data da Conferência. Além disso, ressaltou que o adiamento da Conferência foi resultante de vários aspectos, dentre eles, a dificuldade de definir locais para realização e hospedagem. Conselheira **Zilda Arns Neumann** defendeu a manutenção da data aprovada no dia anterior de 29 de julho a 1º de agosto de 2004 para a realização da Conferência, considerando que os aspectos infra-estruturais já haviam sido definidos. Conselheira **Maria Thereza M. de C. Rezende** ratificou também a data de 29 de julho a 1º de agosto de 2004 para a realização da Conferência de Saúde Bucal, por entender que teria público distinto da Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Conselheiro **Moisés Goldbaum** disse que seria importante ponderar as considerações da Comissão Organizadora na definição da data. Além disso, lembrou que, ao discutir a formatação das Conferências, o Plenário destacou a importância de diversificar a participar nas duas Conferências Temáticas. Conselheira **Rosane Maria N. da Silva** ressaltou que o adiamento da Conferência de Saúde Bucal para a data de 12 a 15 de agosto de 2004 também coincidiria com o calendário pré-estabelecido do CNS, o que não resolveria o problema da permanência de Conselheiros em Brasília. Nessa linha, endossou a data aprovada no dia anterior. Após essas considerações, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, conforme solicitação do Plenário, colocou as propostas de data em votação: **1) 29, 30, e 31 de julho e 1º de agosto de 2004 – 9 votos; e 2) 12, 13, 14 e 15 de agosto de 2004 – 8 votos.** Uma abstenção. **Foi vencedora a data de 29, 30, e 31 de julho e 1º de agosto de 2004.** Conselheiro **Moisés Goldbaum** solicitou declaração de voto para esclarecer que tinha ponderações a apresentar para Comissão Organizadora, entretanto, não teve a oportunidade de apresentá-las, por não ter sido convidado a participar da reunião dos usuários. Além disso, registrou discordância com o voto fechado do segmento. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** solicitou declaração de voto para justificar que se absteve da votação por concordar com as considerações da Comissão Organizadora da Conferência de Saúde Bucal e por considerar importante as ponderações do segmento dos usuários. Conselheira **Zilda Arns Neumann** ressaltou a importância de o CNS não incorrer no ato de fechar voto, por entender que era uma iniciativa antidemocrática e prejudicava os trabalhos do Conselho. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** fez uso da palavra para esclarecer que não houve decisão fechada do segmento dos usuários. Explicou que foi realizada reunião dos membros do Fórum das Pessoas Portadoras de Deficiência e Patologias na qual se discutiu a inviabilidade da participação dos usuários nas duas Conferências Temáticas. Conselheiro **Jorge Nascimento Pereira** registrou protesto sobre as

declarações que apontaram para “votação fechada” do segmento dos usuários. Nessa linha, ressaltou que considerou as ponderações da Comissão Organizadora ao votar. Entretanto, considerava que a participação dos usuários nas Conferências seria prejudicada. **A seguir, o Plenário aprovou a indicação do nome da Conselheira Nildes de Oliveira Andrade para representar o segmento dos usuários na abertura da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.** Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item 06. **ITEM 03 – APRESENTAÇÃO – SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (SAS/MS) –** A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, convidou os representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) para apresentação de programas do Ministério da Saúde integrantes da Política de Saúde. Explicou que a apresentação atendia ao acordo entre o Ministério da Saúde e o CNS de se garantir espaço nas reuniões do Conselho para debate das deliberações do Ministério da Saúde. O representante do Ministério da Saúde, **Artur Chioro**, a princípio, cumprimentou o Plenário do CNS e justificou a ausência do Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge Solla**, no debate. Em seguida, passou à apresentação do Programa Reforma da Política Nacional de Atenção Hospitalar, que consistia em uma das prioridades do Ministério da Saúde, englobando a Proposta de Organização e Financiamento para os Hospitais de Pequeno Porte, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS e a Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Iniciou a explanação apresentando breve diagnóstico da atenção hospitalar brasileira, destacando que se tratava de um dos principais pontos de debate no SUS e se caracterizava por supervalorização dos hospitais enquanto espaços de produção de conhecimentos e ações de saúde em qualquer um dos níveis de atenção; grande visibilidade, inclusive sob a perspectiva do usuário de saúde; rede hospitalar bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade dos serviços; concentração de recursos de pessoal em complexos hospitalares de médio e grande porte, com desequilíbrio regional; concentração de leitos na esfera privada e grandes centros urbanos; 43% dos hospitais possuem menos de 30 leitos; 68% em municípios com menos de 30.000 habitantes, a maioria, única possibilidade de internação no município, consomem cerca de US \$ 100 milhões/ano; e existência de importante crise na atenção hospitalar brasileira. Explicou que a crise da atenção hospitalar brasileira referia-se aos aspectos financeiros (desfinanciamento), assistenciais, de ensino e pesquisa e de gestão da rede hospitalar. Disse que a crise era tratada de forma convencional, pautada pelo imediatismo, direcionada para a busca de recursos e voltada para a modernização técnica e gerencial. Nesse contexto, ressaltou que, para mudar o modelo convencional, o Ministério da Saúde tem investido na construção de projetos coletivos, na formulação de Política para a reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira e na busca de apoio e legitimidade social. Dessa forma, destacou alternativas para tratar da crise definidas a partir do debate coletivo com vários setores, sendo: redefinição do modelo assistencial; redesenho do modelo organizativo; reforma do modelo de gestão; reconstrução do relacionamento com o SUS; reorientação do Ensino e da Pesquisa; e revisão dos mecanismos de financiamento. Continuou detalhando que um hospital integrado ao sistema de saúde deveria ser adequado ao perfil epidemiológico da sua área de abrangência; inserido em uma rede de serviços de saúde, por meio de mecanismos de referência e contra-referência; humanizado; descentralizado em sua gestão; autônomo gerencialmente; administrado de modo profissional; prestador de serviços públicos, com responsabilidade social; capaz de incorporar tecnologias, a partir de critérios racionais; e prestador de serviços de qualidade. Nesse sentido, explicou que a proposta era a definição de novo papel dos hospitais, para que se tornassem locais para manejo de eventos agudos, espaço para análise das possibilidades e benefícios terapêuticos, provido de densidade tecnológica compatível com o seu papel na rede, eficiência, qualidade e infra-estrutura adequada. Acrescentou que havia tendência mundial de reforma do modelo hospitalar, com fechamento e fusão de hospitais, sendo mais viáveis aqueles com a média de 100 a 400 leitos. Comentou sobre a situação atual da rede hospitalar do SUS, destacando dados do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde de abril de 2004, sendo: **a)** população do Brasil: 176.876.251; **b)** unidades com leitos de internação hospitalar: 6.223; **c)** leitos hospitalares: 451.320, sendo 390.732 (86,5%) leitos do SUS; **d)** internações/ano: 11,7 milhões; e **e)** leitos/1.000 habitantes: 2,7. Ressaltou que o número de leitos do Brasil atendia aos parâmetros internacionais recomendáveis, contudo, havia grande iniquidade, com concentração de leitos em determinadas áreas e falta de leitos em outras. Detalhou que, aproximadamente, 40% da rede hospitalar possuía entre 5 e 30 leitos, o que apontava para a necessidade de uma política voltada para os hospitais de pequeno porte; 62% da rede possuía menos de 50 leitos; 19% possuía até 100 leitos; 8% da rede com 100 a 200 leitos; e 7% possuía mais de 200 leitos. Acrescentou que 71% da rede hospitalar localizava-se em municípios com menos de 100 mil habitantes e observa-se redução do número de leitos no país além de crescimento da rede hospitalar

pública. Falou sobre a distribuição dos leitos hospitalares no país, destacando que a rede privada tinha grande participação na oferta hospitalar no país (65%). Feita a apresentação do cenário da situação da rede hospitalar no Brasil, apontou os eixos norteadores da Reforma da Atenção Hospitalar, sendo: intersectorialidade (estratégia transversal); humanização (gestão e atenção); contratualização (relação de prestadores; eficiência e efetividade dos serviços prestados); inserção na rede (papel do SUS); financiamento (modelo de alocação de recursos); garantia de acesso (cobertura e qualidade); democratização da gestão (papel social do hospital; controle social; pactuação CIB e CIT). Além disso, explicou que a proposta teria por base as seguintes diretrizes: definição de modelo de atenção centrado no usuário; definição de nova relação com os gestores, com pactuação sobre a nova missão da unidade; fortalecimento da capacidade gerencial das unidades hospitalares; definição de planejamento e gestão da rede; definição de novo modelo de alocação de recursos financeiros global ou misto; e contratualização a partir de metas quantitativas e qualitativas. Continuou esclarecendo que a reforma da atenção hospitalar buscava reorganizar a rede a partir de grupos de hospitais, sendo: Hospitais Universitários e de Ensino; Hospitais do Ministério da Saúde; Hospitais Filantrópicos; Hospitais de Pequeno Porte; Hospitais do Projeto Qualisus; Hospitais da Política de Terapia Intensiva; Hospitais da Atenção Domiciliar; Política de Humanização; Política de Urgência e Emergência; Política de Saúde Bucal e Reforma Psiquiátrica. Em seguida, falou sobre a situação dos Hospitais Universitários, destacando que havia 148 hospitais de ensino distribuídos pelo país (1/3 correspondiam a hospitais do Ministério da Educação; 1/3 a hospitais filantrópicos e privados de ensino; e 1/3 a hospitais públicos estaduais e municipais), com concentração nos Estados do Rio Grande do Sul e São Paulo. Explicou que os hospitais de ensino tinham expressão significativa na prestação de serviços para o SUS, considerando que representavam 2,55% da rede hospitalar brasileira, 10,3% dos leitos SUS, 11,8% das internações (R\$ 1.346.123), 11,62% da produção ambulatorial, 25,6 % dos leitos de UTI, 37,56% dos procedimentos de alta complexidade, com orçamento de R\$ 481 milhões/ano - FIDEPS e AIH média de R\$ 779,99. Explicou que o perfil dos hospitais de ensino era extremamente heterogêneo no que se refere ao porte, à incorporação tecnológica, aos modelos de gestão, à natureza jurídica, à inserção e relação com o SUS: gestão local/regional/estadual. Ressaltou que os hospitais de ensino vivenciavam crise assistencial, organizativa, financeira e estrutural, em virtude da ausência de política governamental para o setor. No que se refere à crise financeira, explicou que era resultado da insuficiência de recursos financeiros (custeio e investimento); carência de recursos, principalmente de pessoal; distribuição desigual de recursos de investimento; modelo de financiamento atual por produção; respostas pontuais/parciais; entre outros. Sobre a crise organizativa dos hospitais de ensino, sinalizou que era resultante do modelo burocrático e hierárquico, padrão de gastos, dependência normativa da Universidade e diminuição da autonomia e capacidade gerencial, pulverização de mecanismos de gerenciamento de recursos (fundações de apoio, institutos, entre outros), déficit de pessoal, terceirização, baixos salários e pendências de ordem legal e política. A propósito da crise assistencial dos hospitais de ensino, explicou que era reflexo da inadequação de práticas assistenciais e do modelo de atenção (indefinição do papel dos Hospitais no SUS), seleção de demanda por lógica própria (interesses acadêmicos, induzida pelo financiamento e adversa à regulação pelos gestores), predominância de serviços de baixa e média complexidade e problemas apontados pelos usuários relativos a acesso, qualidade, humanização, acolhimento e resolutividade. Acrescentou que a crise assistencial dos Hospitais Universitários estava subordinada à autonomia médica e aos interesses corporativos, com precariedade das condições de trabalho, falta de motivação e de integração com os demais níveis de atenção do sistema de saúde e com a rede do SUS, excessiva especialização e uso de tecnologias (integralidade), inadequação do perfil do pessoal formado para o SUS, produção de conhecimentos desfocada das necessidades e rebatimento da crise para o ensino. Disse que, como forma de enfrentamento da crise, foi editada a Portaria Interministerial nº 562/03 a qual instituiu Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos Hospitais de Ensino no Brasil, visando reformular e/ou reorientar a política nacional para o setor, considerando a necessidade de melhoria da situação financeira, estrutural, organizativa e de gestão, e definição do papel e inserção no SUS. Acrescentou que o ano de 2003 foi de construção de consenso e de avanços dos quais se destacam a aprovação de concurso para preenchimento de 11.000 vagas para os hospitais federais de ensino e ampliação do recurso financeiro interministerial. Citou os resultados do trabalho iniciado em 2003 dentre os quais se destacam a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1000, de 15 de abril de 2004, que institui novo processo de certificação dos hospitais de ensino, e a Portaria Interministerial Ministério da Educação e Ministério da Saúde nº 1005, de 27 de maio de 2004, que define documentos de verificação, constitui a Comissão de Certificação dos Hospitais (Ministério da Educação e Ministério da Saúde) e o grupo técnico de certificadores (12 representantes do Ministério da Educação e 12 representantes do Ministério da Saúde). Acrescentou que os hospitais de ensino teriam sessenta dias para solicitar o



processo de certificação a qual seria revista a cada dois anos. A propósito, destacou os principais requisitos para a certificação dos hospitais de ensino, sendo: **a)** possuir um curso de medicina, um curso da área da saúde e residência (no mínimo dez vagas no R1 em clínica básica); **b)** desenvolver atividades de pesquisa; **c)** ter um pólo de educação permanente em saúde; **d)** aderir às Políticas prioritárias do SUS, incluindo a Política Nacional de Humanização; **e)** Hospitais Públicos: em quatro anos a oferta de serviço deverá ser 100% pública; **f)** Hospitais Filantrópicos: no mínimo 70% das ações destinadas ao SUS; **g)** Regulação gestor SUS: 100% da oferta dos serviços; **h)** integrar o sistema estadual de urgência/emergência; **i)** constituir Conselho Gestor ou comissão permanente de acompanhamento dos contratos (filantrópicos); e **j)** definir estrutura mínima de gestão hospitalar. Sobre a contratualização, explicou que a idéia era que envolvesse as mudanças do modelo assistencial, do modelo de Gestão hospitalar e da formação e educação permanente e o desenvolvimento de pesquisa e avaliação das tecnologias em saúde. A propósito do financiamento, explicou que a proposta era de orçamentação global, com componente fixo e outro componente variável. A alta complexidade obedeceria o modelo de alocação vigente (por produção) e o custeio global fixo os critérios de nova pactuação da média complexidade ajustada às necessidades definidas pelo gestor (nova pactuação), inclusão dos recursos do FIDEPS, dos recursos do Programa Interministerial ou outros incentivos repassados de forma destacada. Acrescentou que outros recursos adicionais poderiam ser acrescidos desde que justificados pelo gestor e aprovado pelo Ministério da Saúde. Além disso, disse que o valor fixo pactuado entre as partes seria definido a partir do cumprimento das metas acordadas. Ressaltou que o processo de contratualização teria que ser aprovado pelo Conselho de Saúde respectivo, pela CIB e homologado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Destacou, ainda, a importância do papel dos conselhos gestores no acompanhamento desse processo. Concluída a apresentação, passou a palavra à Coordenadora Geral de Atenção Hospitalar (DAE/MS) para apresentação da nova proposta de organização e financiamento para os hospitais de pequeno porte. A Coordenadora Geral de Atenção Hospitalar (DAE/MS), **Elaine Machado López**, informou a princípio, que há 2.486 hospitais de pequeno porte (ou seja, que possuem entre 5 e 20 leitos), sendo 1.340 públicos, 430 filantrópicos e 716 privados. Ressaltou que a proposta do Ministério da Saúde para a orçamentação era voltada à rede pública e filantrópica. A propósito da distribuição dos hospitais de pequeno porte, explicou que 40% localizava-se na Região Norte, 21% na Região Sudeste, 15% na região Centro-oeste, 14% na Região Sul e 10% na Região Norte. Citou as principais características dos hospitais de pequeno, sendo: 93% localizam-se em municípios adscritos no PDR/NOAS; 83% são públicos e filantrópicos; 78% são destinados ao SUS; 65% estão localizados em municípios com até 30.000 habitantes; 60% representam a única opção de internação; 62% são Hospitais Gerais; 87,4% possuem salas cirúrgicas; 64,1% realizam partos; 7% procedimentos ambulatoriais na área de Odontologia; possuem faturamento de cerca de R\$ 300 milhões por ano em AIH (6% do recurso total); taxa média de permanência menor que 15 dias; e taxa de ocupação hospitalar em torno de 30%. Explicou que o objeto geral da proposta era a redefinição do papel de estabelecimentos de saúde com até 30 leitos, incrementando um modelo de organização e financiamento para a sua adequada inserção na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade entre as ações dos diferentes níveis de complexidade. Acrescentou que os objetivos específicos da proposta era promover ajuste de leitos; adequar o perfil assistencial da unidade, conforme as necessidades da população; implantar sistemas globais de orçamentação; contratar mediante definição de metas quantitativas e qualitativas pactuadas; estimular organização da rede de atenção no nível microrregional; e flexibilizar o projeto considerando propostas locais para suprir necessidades da população por meio do Plano de Trabalho. Explicou que a proposta buscava alcançar os seguintes resultados: agregar resolutividade à assistência prestada por hospitais de pequeno porte; garantir ao PSF o acesso a leitos de internação nas clínicas básicas e a procedimentos de baixa complexidade; garantir a continuidade da atenção prestada (atenção básica, média complexidade e alta complexidade); contribuir na organização de demandas da média e alta complexidade; integrar o Sistema de Urgência; estimular a fixação de profissionais; e estimular o exercício do Controle Social; internações de baixa complexidade orientadas pelo perfil epidemiológico da população; e reforçar as noções de rede e de colaboração para atenção integral do paciente. Disse que os critérios de seleção dos hospitais de pequeno seriam hospitais públicos e filantrópicos, com 5 a 30 leitos instalados, localizados em municípios ou microrregião com até 30.000 habitantes e com cobertura do Programa

Saúde da Família superior a 70%. Ressaltou que os hospitais de pequeno porte atendiam a 15.294.191 pessoas, com 34.210 leitos existentes, sendo necessário um total de 764.710/ano internações programadas. Citou parâmetros concernentes aos hospitais de pequeno porte utilizados na definição da proposta: taxa de ocupação: 80%; tempo de Permanência: 4 dias; capacidade de Internação/leito/ano: 58,4 usuários/ano; e percentual de internação de baixa e média complexidade: 5% da população/ano. Falou sobre o perfil assistencial dos hospitais de pequeno porte, destacando que deveria realizar parto de risco habitual, atender as especialidades básicas, prestar serviços de odontologia (predominantemente urgência), realizar pequenas cirurgias e ambulatoriais e integrar o sistema regional de urgência e emergência. Explicou que para implantação da proposta seriam considerados os seguintes requisitos: algum tipo de habilitação na NOB/96 ou NOAS/02; Fundo Municipal/Estadual de Saúde; Conselho Municipal/Estadual de Saúde; apresentação do “Projeto” aprovado pelos Conselhos Municipal e Estaduais de Saúde; e Termo de Adesão. Destacou que o valor médio do faturamento por cada leito/mês em 2003 foi de R\$ 355,97 e o valor potencial do faturamento de cada leito/mês após ajuste seria de R\$ 1.560,36. Explicou que os hospitais com cobertura do PSF superior a 70% faturaram em 2003 mais de R\$ 85 milhões e com o valor da proposta (custeio anual) passaria a R\$ 131 milhões, com impacto de R\$ 50 milhões. Acrescentou que, conforme aprovado na última reunião da CIT, o impacto da proposta (R\$ 50 milhões) seria dividido entre Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais. Concluída a sua apresentação, concedeu a palavra ao Coordenador da Área de Saúde Mental do Ministério da Saúde, **Pedro Gabriel Delgado** para apresentação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS 2004. Coordenador da Área de Saúde Mental do Ministério da Saúde, **Pedro Gabriel Delgado**, iniciou sua explanação informando sobre o perfil dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Informou que, conforme dados de abril de 2004, havia 235 hospitais psiquiátricos no país, localizados em 137 municípios, correspondendo a 48.350 leitos. Acrescentou que 54% dos hospitais psiquiátricos eram privados, 26% filantrópicos e 20% públicos. Ressaltou que o propósito do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS 2004 era a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial, com redução especialmente nos hospitais de maior porte, garantia de adequada assistência extra-hospitalar e de avaliação sistemática da qualidade (PNASH/Psiquiatria) e necessidade de direcionamento dos recursos financeiros ainda centrados na assistência hospitalar. Explicou que o Programa foi discutido no decorrer de 2003, com a participação dos prestadores privados e filantrópicos e foi formalizado nas Portarias do Ministério da Saúde nºs 52 e 53, de janeiro de 2004. Destacou que o Programa constituía-se de duas etapas: 1ª - retificação/ajuste de leitos por módulos assistenciais que tem como propósito reduzir os leitos que excedam os módulos (múltiplos de 40) até junho de 2004 ( a retificação não seria exigida para os hospitais abaixo de 160 leitos; os ajustes devem ser feitos a partir de pactuação entre gestores e prestadores, de modo a garantir a assistência dos usuários em rede extra-hospitalar); e 2ª - redução de módulos de quarenta leitos - planejamento local, termo de compromisso e ajustes (Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e prestador). Limites – redução por módulo a depender da estrutura do hospital: Grupo II: 1 módulo; Grupo III: 2 módulos; Grupo IV: 3 módulos; e Grupo V (hospitais com mais de 600 leitos): situações especiais. Por fim, informou que na semana subsequente o Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, assinaria Portaria concedendo prazo de dois meses para que os hospitais psiquiátricos realizassem a retificação, conforme proposta do Programa. Além disso, acrescentou que os hospitais seriam induzidos a aderir ao Programa. Destacou, ainda, que o processo de redução de leitos psiquiátricos aumentaria a cobertura em saúde mental, pois os leitos disponíveis eram ocupados por pacientes de longa permanência, não garantindo a assistência. Por fim, destacou que os hospitais de menor porte que obtiverem média no PNASH acima de 80% teriam aumento de 24% dos valores das diárias, por outro lado, os hospitais que ficarem na menor faixa teriam aumento inferior a 5%. Concluída a sua apresentação, concedeu a palavra ao Coordenador-Geral da Alta Complexidade do Ministério da Saúde, **Carlos Armando Lopes do Nascimento**, para apresentação do Projeto de Qualificação da Atenção na Alta Complexidade 2004. O Coordenador-Geral da Alta Complexidade do Ministério da Saúde, **Carlos Armando Lopes do Nascimento**, iniciou sua apresentação explicando que o Projeto de Qualificação da Atenção na Alta Complexidade tinha como propósitos o estímulo a mecanismos de acolhimento do paciente; a promoção da equidade do acesso aos serviços; o aprimoramento do controle e avaliação como processo de gestão para garantia da qualidade do atendimento; a participação da comunidade; a capacitação dos recursos humanos envolvidos; a organização da assistência em serviços hierarquizados e regionalizados (acesso); a garantia da assistência nos vários níveis de complexidade, por intermédio de equipes multiprofissionais; a adesão à Política de Humanização do SUS; e a organização de linha de cuidados que perpassasse os níveis de atenção e de assistência, promovendo desta forma, a inversão do modelo de atenção. Além disso, disse que seriam instituídas Políticas de Atenção na Alta Complexidade, com organização e implementação de redes

estaduais e/ou regionais compostas por unidades de assistência em alta complexidade e centros de referência em alta complexidade, e seriam criadas câmaras técnicas com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação das políticas. Explicou que as unidades de assistência em alta complexidade seriam unidades hospitalares com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a pacientes com necessidades de atenção na alta complexidade. Já os centros de referência em alta complexidade seriam unidades de assistência de alta complexidade com a função de auxiliar tecnicamente o gestor nas políticas de atenção nas necessidades de atenção na alta complexidade. Citou requisitos necessários aos Centros de Referência, a saber: **a)** ser hospital de ensino; **b)** ter articulação e integração com o sistema local e regional; **c)** ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos; **d)** ter uma adequada estrutura gerencial capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas; **e)** subsidiar as ações dos gestores no controle, regulação e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo/efetividade; e **f)** subsidiar os gestores em suas ações de capacitação e treinamento na área específica. Explicou, ainda, que as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular teriam como propósito prestar atendimento ambulatorial de referência à rede, realizar acompanhamento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico, prestar atendimento em urgência referenciada e internação em cardiologia clínica. Acrescentou, ainda, que as referidas Unidades de Assistência prestariam os seguintes serviços: **a)** cirurgia cardiovascular; **b)** cirurgia cardiovascular pediátrica; **c)** cirurgia vascular; **d)** procedimentos da cardiologia intervencionista; **e)** procedimentos endovasculares extracardíacos; e **f)** procedimentos de laboratório de eletrofisiologia. Ressaltou que os Centros de Referência em Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular deveriam oferecer, no mínimo, quatro dos serviços definidos. Disse que não seriam credenciados serviços isolados, considerando os riscos para os pacientes. A propósito da assistência em traumatologia, explicou que tinha como propósito o atendimento em alta complexidade, sendo obrigatório o número de 500 consultas/mês de ortopedia clínica, a qualificação da atenção ao trauma na urgência e emergência para diminuição de seqüelas; a definição de instrumentos reguladores para garantir a referência e contra-referência; e elaboração de guia de boas práticas (indicação e contra-indicação de procedimentos) com o objetivo de auxiliar os gestores no controle e avaliação. Explicou que na assistência em traumatologia seriam credenciados os seguintes serviços de alta complexidade relacionados à coluna, cintura escapular, ombro e cotovelo, antebraço, punho e mão, cintura pélvica e quadril, joelho, tornozelo e pé, ortopedia infantil, micro-cirurgia ortopédica, infecção osteoarticular; trauma e procedimentos osteoplásticos, e tumor ósseo. Acrescentou que as Unidades de Alta Complexidade em Traumatologia teriam o parâmetro populacional de 700 mil habitantes e os Centros de Referência em Traumatologia de 5 milhões de habitantes. Além disso, disse que a Unidade teria de ter ambulatório geral de ortopedia referenciado pela rede e acompanhamento a egressos do hospital e atendimento de pelo menos dois conjuntos das seguintes subespecialidades: microcirurgia; coluna; cintura escapular, ombro e cotovelo; antebraço, punho e mão; e cintura pélvica e quadril; joelho; tornozelo e pé. Citou, ainda, ações propostas para garantia dos implantes ortopédicos das quais se destacam: incluir nas AIHs o preenchimento obrigatório do número de lote do produto, número do registro na ANVISA e do CNPJ da empresa fabricante; notificação compulsória de remoção do implante; e identificação compulsória no prontuário do paciente, por parte da equipe médica, do material a ser implantado. Falou também sobre a atenção ao portador de doença renal, destacando que seriam realizadas ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção e ações clínicas voltadas à hipertensão arterial e diabetes mellitus e demais danos dos rins que possam ser resolvidos neste nível. Acrescentou que tais ações seriam realizadas na rede básica e com equipe de referência, se necessário. Disse, também, que na Média Complexidade seriam realizadas ações complementares e suplementares à atenção básica e à alta complexidade, por meio da referência e contra-referência, ampliando capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica. Além disso, enfatizou que estas ações deveriam ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Unidade Federada e que o gestor poderia instituir um centro de referência especializado em hipertensão e diabetes. No que se refere à atenção ao portador de doença renal na alta complexidade, explicou que seriam desenvolvidas ações visando garantir o acesso à diálise, assegurar qualidade no processo de diálise com vistas a alcançar impacto positivo na sobrevivência, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade para a entrada em lista de espera para transplante renal. Prosseguiu destacando ações a serem desenvolvidas das quais se destacam: definição de Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças renais; regulamentação suplementar e complementar por parte dos estados, distrito federal e municípios; ações de controle e avaliação; protocolos clínicos e diretrizes em todos níveis de atenção; capacitação e educação continuada; garantia de medicamentos; sistema de

informação que ofereça subsídios ao gestor para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, controle e avaliação; cobertura assistencial, sendo 1 serviço para 200 mil habitantes; oferecimento de todos os procedimentos de diálise; atendimento ambulatorial aos pacientes referenciados pelo gestor local – 2 consultas/paciente em diálise/mês; garantia de confecção de FAV de acesso ao tratamento de hemodiálise, quando o paciente apresentar clearance de creatinina inferior a 25ml/min; serviços com no máximo 200 pacientes; obrigatoriedade da presença de nutricionista, psicólogo e assistente social – psiquiatra se necessário; e regulamento para serviços SUS e não SUS. Concluída a sua apresentação, passou a palavra ao Diretor do Departamento de Controle e Avaliação da SAS/MS para apresentação dos reajustes de procedimentos da tabela SUS. O Diretor do Departamento de Controle e Avaliação da SAS/MS, **José Carlos de Moraes**, comentou sobre o reajuste de procedimentos promovido pelo Ministério da Saúde, sendo: **a)** reajuste de diária de UTI tipo II – projeção de doze meses: R\$ 37.550.669,76; impacto 2004: R\$ 25.033.779,84; **b)** reajuste parto – projeção de doze meses: R\$ 57.980.552,00; impacto 2004: R\$ 38.653.681,33; **b)** reajuste da tabela de internação I – projeção de doze meses: R\$ 258.470.587,76; impacto 2004: R\$ 172.313.725,17; **c)** reajuste da tabela de internação II – projeção de doze meses: R\$ 78.644.565,00; impacto 2004: R\$ 52.429.710,00; **d)** reajuste e inclusão de tabela patologia – projeção de doze meses: R\$ 22.480.029,00; impacto 2004: R\$ 14.986.686,00; **e)** reajuste de tabela biopsia hepática – projeção de doze meses: R\$ 255.409,00; impacto 2004: R\$ 170.272,67; **f)** reajuste de tabela raio x – projeção de doze meses: R\$ 10.337.009,00; impacto 2004: R\$ 6.891.339,33; **g)** reajuste de tabela ortopedia – projeção de doze meses: R\$ 20.561.022,00; impacto 2004: R\$ 13.707.348,00; **h)** reajuste de tabela mamografia – projeção de doze meses: R\$ 12.740.868,74; impacto 2004: R\$ 8.493.912,49; **i)** reajuste de tabela US – projeção de doze meses: R\$ 6.342.245,00; impacto 2004: R\$ 4.228.163,33; e **j)** sangue (reajuste e inclusão) – projeção de doze meses: R\$ 26.691.254,78; impacto 2004: R\$ 15.569.898,62. Apontou, também, uma série de serviços a serem credenciados que teriam impacto no orçamento do Ministério da Saúde, dentre eles: incorporação de novos serviços na alta complexidade, com impacto em 2004 de R\$ 6.806.181,67; incorporação de novos serviços hospitalares, com impacto em 2004 de R\$ 12.240.000,00; correção de iniquidades regionais (tetos estaduais), com impacto em 2004 de R\$ 44.728.180,44; implantação de novos leitos de UTI, com impacto em 2004 de R\$ 32.077.728,00; hospitais de pequeno porte, com impacto em 2004 de R\$ 7.840.000,00; SAMU, com impacto em 2004 de R\$ 86.674.500,00; Hospitais Universitários, com impacto em 2004 de R\$ 170.000.000,00; Atenção Domiciliar, com impacto em 2004 de R\$ 1.150.000,00; Procedimentos Cirurgia Eletiva, com impacto em 2004 de R\$ 24.000.000,00; Saúde Bucal (próteses), com impacto em 2004 de R\$ 3.569.500,00; Saúde Bucal (Incentivo CEO), com impacto em 2004 de R\$ 4.846.583,00; Enxerga Brasil – não terá impacto em 2004; e Habilitação de Estados, com impacto em 2004 de R\$ 110.009.814,00. Por fim, informou que o conjunto de medidas apresentadas teria impacto em 2004 de R\$ 856.421.004,42 e em 12 meses de R\$ 1.555.785.277,00. Concluídas as apresentações, foi iniciado debate sobre os programas e ações apresentadas. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** cumprimentou os representantes da SAS/MS pelas apresentações e elogiou as iniciativas concernentes à reforma da atenção da rede hospitalar. Teceu comentários sobre o reajuste de procedimentos e, nessa linha, ressaltou a importância de políticas de incentivo à realização de parto normal. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** mostrou preocupação com o fato de a cobertura do PSF ter sido considerada como critério de seleção dos hospitais na Política para os Hospitais de Pequeno Porte, por entender que poderia prejudicar as unidades que possuíam somente rede de assistência básica instalada. Nessa linha, chamou a atenção para necessidade de se considerar os indicadores de atenção básica e não somente o PSF ao avaliar a oferta de assistência das unidades. Em seguida, perguntou qual seria a relação do Serviço de Atendimento de Urgência e Emergência (SAMU) com as Unidades de Alta Complexidade em Traumatologia-ortopedia e Centros de Referência em Traumatologia-ortopedia. Elogiou o Projeto de Qualificação da Atenção na Alta Complexidade e perguntou se incorporaria os procedimentos de neurocirurgia. Além disso, questionou se seria definido protocolo para a realização dos procedimentos de alta complexidade. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** cumprimentou as iniciativas do Ministério da Saúde e comentou sobre as mesmas. A propósito dos hospitais de ensino, sugeriu maior relação com os Comitês de Ética em Pesquisas (CEPs), definição de equipes inter e multidisciplinares e realização de capacitação continuada dos trabalhadores em saúde. Comentou sobre a oferta de serviços de emergência em odontologia, destacando que deveriam ser oferecidos em todos os níveis de assistência. Perguntou, ainda, se estaria previsto na Alta Complexidade atendimento a queimaduras. Elogiou a proposta do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS 2004, ressaltando a necessidade de criar mecanismos para identificação e qualificação da rede de serviços extra-hospitalar. No que diz respeito à alta complexidade, ressaltou a necessidade de definir mecanismos para a dispensação de órteses e próteses. Por fim, sugeriu que fosse incluída na notificação compulsória demanda não atendida em todos os níveis e acidentes de partos com seqüelas. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** saudou a equipe da SAS/MS pela explanação, considerando que as



iniciativas apresentadas tinham por base os princípios do acesso, da qualidade, da integralidade, da equidade e da humanização. Sugeriu, ainda, que fosse incluída na proposta de reforma da atenção hospitalar a oferta de medicamentos aos pacientes atendidos nas unidades de saúde. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** comentou sobre a questão da alta complexidade e questionou como seria pensada a questão da humanização e do acesso aos serviços. Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** elogiou a proposta de atenção ao portador de doença renal, destacando, em especial, a competência da equipe responsável por definir a política e a participação dos usuários no processo. Por outro lado, ressaltou que haveria embate com os nefrologistas em relação à Portaria que definiria os valores da diálise. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** parabenizou a equipe da SAS pela apresentação e teceu comentários sobre alguns aspectos. Falou sobre a crise financeira dos hospitais de ensino e, nessa linha, perguntou se seriam priorizados. Por fim, comentou sobre o impacto financeiro dos reajustes de tabelas, das ações e projetos (1,5 bilhões) e, a propósito, perguntou qual seria a fonte de recursos. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** associou-se às congratulações feitas à apresentação da equipe da SAS/MS. Comentou sobre a alta complexidade, chamando a atenção para a ausência de iniciativas em relação ao câncer e às questões neurológicas. Falou sobre o Programa de Reestruturação Psiquiátrica e, a propósito, ressaltou a necessidade de promover estudo social no sentido de garantir a ressocialização dos pacientes e, concomitantemente, os seus direitos humanos para que não sejam alvos de discriminação por parte da comunidade na qual iria viver. Perguntou, ainda, sobre os mecanismos a serem utilizados caso os gestores descumpram os acordos firmados em relação à nova proposta de custeio dos hospitais de ensino. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** cumprimentou a equipe da SAS pela explanação e destacou a abrangência e racionalidade da Política Nacional de Atenção Hospitalar. Apresentou sugestões à Política que visavam a melhoria da humanização e racionalização de custos dentre as quais se destacam: a instituição de comissão de revisão de prontuários; a instituição de comissão de revisão de óbitos nos prontuários; e obrigatoriedade de realização de inserções clínicas e anatomoclínicas em hospitais universitários e de alta complexidade. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** cumprimentou a Secretaria-Executiva do CNS pela iniciativa de pautar a apresentação dos programas do Ministério da Saúde e a equipe da SAS pela explanação. Chamou a atenção para a importância de incorporar à proposta de Reforma da Política Nacional de Atenção Hospitalar ações concernentes à odontologia hospitalar. Sugeriu, ainda, que os hospitais universitários também realizassem cirurgia bulco-maxilo-facial. Em resposta às intervenções, o Coordenador da Área de Saúde Mental do Ministério da Saúde, **Pedro Gabriel Delgado**, explicou que o desafio da reforma psiquiátrica era garantir o atendimento aos usuários. Nessa linha, ressaltou que a diminuição de leitos psiquiátricos ampliou o acesso aos serviços psiquiátricos, considerando que os leitos eram de longa permanência e não garantiam o acesso. Destacou também que a qualificação permanente dos profissionais configurava-se em desafio e preocupação permanente do Ministério da Saúde. Aproveitou a oportunidade para anunciar o lançamento da publicação do Ministério da Saúde que apresentava quadro geral da rede extra-hospitalar de saúde mental, com base no levantamento dos CAPs. Explicou que a garantia do acesso se daria com a inserção da saúde mental em todas as instâncias do SUS. Informou que as “Casas Lares” eram serviços de residências terapêuticas que atendiam cerca de 2.100 pacientes, proporcionando qualidade de vida superior à que os pacientes tinham no hospital. Além disso, ressaltou que os serviços de residências terapêuticas eram instalados próximos aos CAPs. Falou ainda sobre o Programa de Volta para Casa, instituído com o intuito de apoiar e auxiliar na ressocialização de pessoas que viveram muito tempo em hospitais psiquiátricos. Por fim, chamou a atenção para a importância de o Controle Social cobrar das instâncias do SUS a qualidade da rede de atenção em saúde mental. A Coordenadora Geral de Atenção Hospitalar (DAE/MS), **Elaine Machado López**, agradeceu o apoio à Reforma da Política Nacional de Atenção Hospitalar e respondeu a questionamentos do Colegiado. Explicou que o hospital universitário era o “*locus*” privilegiado para discutir a questão da incorporação tecnológica em saúde, por ser o local onde se dava o ensino, o desenvolvimento de pesquisas, entre outros aspectos. Além disso, disse que seria necessário envolver a Universidade e as Faculdades de Medicina no debate. Informou que os Comitês de Ética, análise de prontuário e óbitos estariam contemplados nos critérios de certificação dos Hospitais Universitários. Ressaltou que a proposta voltava maior atenção para a relação contratante/gestor com o prestador a partir de metas quantitativas e qualitativas. Enfatizou também que a humanização era uma grande ferramenta para o debate de modelo de atenção e gestão. Comentou sobre a dívida dos hospitais universitários, ressaltando que os Ministérios da Saúde e da Educação estavam discutindo a questão, contudo, não havia concordância em relação ao seu perfil, considerando a inclusão de dívidas que não deveriam ser incluídas, a exemplo daquelas relativas a órteses e próteses, trabalhistas, entre outras. Ressaltou que a proposta não daria prioridade aos hospitais que possuíam as maiores dívidas, mas sim aqueles com condições de mudar o modelo assistencial e de gestão hospitalar. Disse, também, que os hospitais, para serem certificados, teriam de ter um conselho gestor ou uma comissão permanente para acompanhar os contratos. No que se refere à Política para

os Hospitais de Pequeno Porte, explicou que seria feita por adesão, considerando que teria impacto financeiro de responsabilidade do estado. Comentou sobre a utilização da cobertura do PSF como critério de seleção dos hospitais, ressaltando que foi cogitada a possibilidade de utilização de indicadores de atenção básica para inclusão dos hospitais, entretanto, não foi considerada em virtude da dificuldade e complexidade de acompanhar estes indicadores na prática. Além disso, acrescentou que o PSF era uma política prioritária do Governo que precisava ser incentivada. Disse também que os gestores teriam de apresentar desenho da proposta de mudança do perfil dos hospitais e plano individual do papel de cada um deles. O Coordenador-Geral da Alta Complexidade do Ministério da Saúde, **Carlos Armando Lopes do Nascimento**, informou que seria realizada oficina nos próximos dias para tratar sobre a política em relação às neurocirurgias, com previsão de conclusão dos debates sobre o tema em 60 dias. Além disso, disse que o debate sobre as políticas em relação a terapias nutricionais, cirurgias otorrinolaringológicas e implantes odontológicos estava bastante avançado. Ressaltou que nas próximas reuniões do Conselho seriam apresentados os encaminhamentos e resultados das iniciativas supracitadas. Destacou também que, no segundo semestre de 2004, seria iniciada discussão sobre vários temas, dentre eles, cirurgia bariátrica, fibrose cística, genética clínica e urologia. Informou que havia 38 unidades credenciadas que ofereciam atendimento a pessoas vítimas de queimaduras. A propósito, acrescentou que no segundo semestre de 2004 seria iniciado processo de revisão das unidades credenciadas e credenciamento de outras. Sobre os protocolos, explicou que iriam para consulta pública, o que possibilitaria a apresentação de contribuições por parte dos trabalhadores da saúde, usuários, comunidade científica e usuários. O Diretor do Departamento de Controle e Avaliação da SAS/MS, **José Carlos de Moraes**, comentou sobre a realização excessiva de procedimentos, ressaltando que além de definir os protocolos seria necessário rediscutir os contratos com as unidades prestadoras de serviços e organizar estruturas de controle e avaliação de seu desempenho. Ressaltou que a recomposição de custo do parto era uma prioridade, no entanto, destacou que o custo do parto cirúrgico foi considerado no reajuste do valor do parto. Explicou que a correção de tabela teria impacto no orçamento de 2004 e 2005. Além disso, acrescentou que a recomposição dos recursos da alta complexidade teria impacto no orçamento de 2004 na ordem de R\$ 14,6 bilhões, sendo que 80% deste total era transferido a gestão municipal e estadual, por meio de repasse fundo a fundo. Destacou que o impacto do crescimento da média e alta complexidade para o ano de 2005 (aproximadamente 12%) serviria de parâmetro para a discussão do orçamento de 2005. A representante da Secretaria-Executiva do CNS, **Alessandra Ximenes**, agradeceu os representantes da SAS/MS pela apresentação e encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou os trabalhos do segundo dia de reunião com a apresentação do item extra pauta concernente à chamada "Operação Vampiro".

**ITEM 04 – COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO** – Os Conselheiros **André Luiz de Oliveira** e **Fernando Luiz Eliotério** apresentaram o relatório da reunião da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN/CNS), realizada no dia 1º de junho de 2004, na qual foram tratados os seguintes temas: **a)** informes; **b)** análise do trimestre; **c)** Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária – LO; **d)** regulamentação da EC nº 29; **e)** pesquisa sobre investimento nos Estados; **f)** Plano Nacional Diretor de Investimento – PNS; e **g)** novas diretrizes para financiamento da saúde. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** iniciou a apresentação do relatório com os seguintes informes: **1)** a análise da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde concernente ao 1º quadrimestre de 2004 foi transferida para a próxima reunião da COFIN/CNS, caso esteja presente o consultor técnico contratado; **2)** apresentação de informes sobre a tramitação da Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO/2005) e sobre a Lei Orçamentária (LO/2005) – responsável: Senhor **Celso Depollo**. A Lei de Diretrizes Orçamentária encontra-se no Senado Federal e o prazo final para a conclusão do parecer do Relator será o dia 17 de junho de 2004. O parecer deverá ser encaminhado à mesa do Congresso Nacional até o dia 25 de junho de 2004 para votação da Lei. Sobre a Lei Orçamentária, a Comissão decidiu reproduzir o material existente, pautar debate para a próxima reunião ordinária da COFIN e apresentar como sugestão de pauta para a próxima reunião ordinária do CNS; **3)** apresentação do Diretor de Programas da Secretaria de Gestão Participativa (SGP), **Nelson Rodrigues dos Santos**, sobre o processo de tramitação do Projeto Substitutivo do Deputado **Guilherme Menezes** sobre a regulamentação da EC nº 29 da qual se destacam os seguintes aspectos: **a)** o Projeto substitutivo do Deputado **Guilherme Menezes** foi protocolado contendo as últimas pactuações com o CNS, em 11 de maio de 2004; **b)** em comparação ao Projeto do Deputado Rafael Guerra, a única diferença substancial refere-se ao percentual das receitas para a Saúde no âmbito federal, que passaria de 10% das receitas correntes para percentual do PIB nominal (2 a 3%); **c)** existência de outra proposta ao substitutivo, elaborada pelo Deputado Padre **José Linhares**, Presidente da Subcomissão de Saúde da Comissão de Seguridade Social e Família, a qual modifica substancialmente o conteúdo do Projeto do Relator **Guilherme Menezes**, em especial: supressão do art. 8º, que disciplina os repasses dos órgãos arrecadadores; mudança do art. 12, Parágrafo Único, que estipula a aplicação do valor mínimo no mesmo exercício –

possibilidade de a aplicação ser realizada no ano subsequente; mudança do art. 7º, inciso IV, que apresenta uma lista de fontes de fundos – não explicitação da lista, deixando em aberto a possibilidade de conter ou não operações de crédito; **d)** o Projeto Substitutivo mantém os pilares da defesa do SUS com controle social, entretanto, o processo de debate está começando na Câmara dos Deputados e o mesmo sofrerá diversas modificações, dadas as contribuições dos diversos setores. Logo, recomenda-se que o CNS permaneça em alerta e participante no acompanhamento do trâmite do Projeto; **4)** apresentação da Pesquisa sobre investimento nos Estados - Plano Nacional Diretor de Investimento (PNDI) e as Novas Diretrizes para Financiamento da Saúde (Responsáveis **Luis Antônio Nolasco de Freitas e Dr. Wagner de Jesus Martins (DIPE/MS)**) – sugestão de a Pesquisa ser, oportunamente, apresentada ao Pleno do CNS para conhecimento e posicionamento; **5)** considerações e posicionamento da COFIN/CNS em relação ao cumprimento da EC nº 29, por parte do Ministério da Saúde, nos anos de 2000, 2001, 2002 e 2003: **a)** Segundo o Professor **Elias Antônio Jorge**, o Ministério da Saúde cumpriu os valores mínimos definidos pela EC nº 29 em 2000; **b)** o Ministério da Saúde não reconheceu publicamente o não cumprimento da EC nº 29 em 2001 e 2002, entretanto, o CNS denunciou o não cumprimento, conforme Deliberação nº 001/CNS, de 26 de agosto de 2003 (A COFIN/CNS solicitou ao representante da SPO, **Celso Depollo**, planilha do cumulativo ausente no orçamento da saúde desde o ano de 2001, segundo a EC nº 29); **c)** o Ministério da Saúde reconheceu o não cumprimento da EC nº 29 em 2003 e comprometeu-se a “diluir” a diferença na execução orçamentária de 2004 (A COFIN/CNS propõe o acompanhamento da execução ao longo de 2004); **d)** há várias formas de entendimento sobre o cumprimento da EC nº 29, considerando que depende da interpretação conceitual do que é aplicação em ações e serviços em saúde. (A COFIN/CNS sugere que haja pactuação com o Governo, visando a recomposição no orçamento da saúde, frente ao não cumprimento da EC nº 29). Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** submeteu à apreciação do Plenário os encaminhamentos definidos na reunião da COFIN, sendo: **a)** articulação para participar da reunião da Comissão de Seguridade Social e Família, que ocorreria no dia 02 de junho de 2004, para discutir e manifestar o apoio do CNS à proposta do Relator **Guilherme Menezes**, haja vista situação atual com a nova proposta de substitutivo do Deputado Padre **José Linhares**; **b)** necessidade de reforçar o processo de mobilização nos estados e na Câmara Federal, principalmente no dia 04 de junho de 2004 (Dia de Articulação para pressionar o andamento do Projeto de Regulamentação da EC nº 29), enquanto prioridade número um de todos os movimentos de saúde; e necessidade de maior articulação com a Comissão de Seguridade Social e Família e com o Colégio de Líderes da Câmara Federal, encaminhando por meio de todos os instrumentos disponíveis o pedido de urgência no trâmite do Projeto do Relator **Guilherme Menezes**; **c)** a análise do primeiro quadrimestre/2004 ocorrerá na próxima RO da COFIN/CNS, caso já esteja contratada e presente a Consultoria Técnica da COFIN/CNS; e **d)** proposta de pauta para a próxima reunião: informes gerais e informe do SIOPS; regulamentação da EC 29; discussão sobre LDO e LOA 2005 (sugestão de pauta também para CNS); e análise orçamentária do 1º Trimestre de 2004. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** agradeceu a participação dos membros da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos, **Wanderli Machado e Júlio César das Neves**, nas reuniões da COFIN/CNS. A propósito da EC nº 29, ressaltou que os Conselheiros deveriam promover articulação com os líderes de partidos para que se sensibilizassem sobre a necessidade de urgência no trâmite do Projeto do Relator **Guilherme Menezes**. A propósito da baixa execução orçamentária de programas do Ministério da Saúde, reforçou a importância da participação dos responsáveis pelas áreas com baixa execução orçamentária na reunião da COFIN/CNS para apresentação de justificativas. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** falou sobre o êxito da Plenária de Conselhos de Saúde, realizada nos dias 12 e 13 de maio de 2004, destacando que contribuiria de forma significativa para a regulamentação da EC nº 29. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** disse que, conforme informações do Diretor de Programas da Secretaria de Gestão Participativa (SGP), **Nelson Rodrigues dos Santos**, os Projetos de Lei do Deputado **Rafael Guerra** e do Deputado Padre **José Linhares** foram compatibilizados na linha do Projeto de Lei do Deputado **Guilherme Menezes**. A propósito do cumprimento da EC nº 29, informou que, apesar do entendimento do TCU de cumprimento da Emenda em 2003, o posicionamento do Ministério da Saúde era de que a Emenda não foi cumprida na ordem de R\$ 500 milhões, valor que seria recomposto no orçamento de 2004. Além disso, ressaltou que o impacto negativo de R\$ 1 bilhão, decorrente do crescimento negativo do PIB, seria suplementado a partir de contingenciamento de Emendas Parlamentares. **Não havendo destaques, o relatório da reunião da COFIN/CNS foi aprovado por unanimidade.** A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, agradeceu os membros da COFIN/CNS pela apresentação e encerrou a discussão do tema. **ITEM 05 – RELATO DA COMISSÃO DE COORDENAÇÃO GERAL E INFORMES E INDICAÇÕES** – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou o relatório da reunião da Comissão de Coordenação Geral (CCG), realizada no dia 25 de maio de 2004, da qual participaram os Conselheiros **Maria Natividade G. S. T. Santana, Maria Leda de R. Dantas e Crescêncio Antunes da S. Neto**. Iniciou a apresentação com os informes e indicações da reunião, a

saber: 1) Plano Operacional – Área de Controle Social de Saúde (Secretaria de Gestão Participativa) – a CCG decidiu pautar para julho o debate sobre o papel da Secretaria de Gestão Participativa e sua relação com o Conselho Nacional de Saúde. 2) Oficina de Trabalho – Política de Fortalecimento do Controle Social no SUS (Secretaria de Gestão Participativa e Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde) – a CCG debateu os resultados da Oficina de Trabalho e como encaminhamento sugeriu priorizar a capacitação de Conselheiros, conforme disposto no planejamento 2004 do CNS, e recompor o Grupo criado para acompanhar a capacitação de conselheiros, a fim de acompanhar o debate do tema no âmbito do Ministério da Saúde. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** destacou que os encaminhamentos da Oficina apontavam para uma política de capacitação permanente de conselheiros e, nessa linha, enfatizou a necessidade de recompor o grupo de capacitação de conselheiros. A Secretária-Executiva, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que na reunião ordinária do CNS, a ser realizada no mês de julho de 2004, as Secretarias de Gestão Participativa e de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde apresentariam a prestação de contas sobre o processo de capacitação. Em seguida, sugeriu a indicação de nomes para recompor o GTs. **Após indicações, foram aprovados os seguintes nomes para recompor o GT: Alexandre de Oliveira Fraga; Gilca Starling Diniz; Maria Helena Baumgarten; Clóvis A. Bouffleur; e Jorge Pereira Nascimento. Além disso, foi decidido que seria realizado seminário com a participação de todos os integrantes anteriores e os ora indicados.** 3) Diálogo Público – Controle Social e Cidadania (promoção do Tribunal de Contas da União). Data: 05 e 06 de julho de 2004 – a CCG decidiu verificar na 143ª reunião do CNS quais conselheiros teriam interesse em participar do evento. 4) Ofício nº 712, da Secretaria de Estado do Governo do Distrito Federal, considerando ilegal o Projeto de Lei da Deputada **Anilcéia Machado** que reserva 20% das consultas médicas na rede pública para os servidores do GDF – a CCG decidiu levar o Ofício a conhecimento do Plenário do CNS. 5) 1º Fórum Regional de Controle Social. Data: 26 de maio de 2004. Local: Município de Francisco Morato – a Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** foi indicada para representar o CNS no Fórum. Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** comentou sobre o Fórum, destacando a intensa participação de vários municípios. 6) Documento do Grupo de Apoio à Moralização Sindical, referente ao Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Rio de Janeiro – a CCG decidiu encaminhar o documento a CNTSS e a CNTS, às quais o Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Rio de Janeiro é ligado. 7) Nota do CNS sobre a Política de Assistência Farmacêutica e da Farmácia Popular – a CCG enviou a Nota do CNS à imprensa nacional. 8) Reunião em Mato Grosso do Sul com os segmentos que compõem o Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul (CES/MS) a fim de contribuir para a superação dos conflitos com a Secretaria Estadual de Saúde, devido ao Decreto do governo que regulamenta o CES naquele Estado – apresentar informe sobre a reunião na 143ª Reunião do CNS. 9) Oficina de Trabalho sobre a Amazônia Legal. Dia 25 de maio de 2004, em Brasília – a Secretaria-Executiva do CNS enviou cinco técnicos para acompanhar o evento, uma vez que a oficina foi dirigida aos gestores e técnicos do Ministério da Saúde. 10) Resumo Executivo da Reunião da Tripartite, realizada no dia 29 de abril de 2004 – a CCG decidiu pautar a apresentação do resumo na Reunião. 11) Divulgação da Campanha “Proteja-se. Lute pela Suspensão de Novos Cursos de Medicina – CREMESP” – a CCG decidiu apresentar a Campanha ao Plenário do CNS. 12) Ofício do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (SINDMED) comunicando a reversão da demissão do Professor **Jorge Luiz do Amaral** (Bigu) – a CCG decidiu levar a decisão ao conhecimento do Plenário do CNS. 13) 2º Seminário Nacional para Avaliação da Implantação do PSF (promoção da Federação Nacional dos Médicos - FENAM). Dias 24 e 25 de junho de 2004, no Rio Quente Resort – GO – a CCG decidiu apresentar informe ao Plenário do CNS sobre o Seminário para indicação de representante. 14) Dia Nacional sem Tabaco. Dia 31 de maio de 2004: Fórum Tabaco e Pobreza – um círculo vicioso (OPAS). Dia 1º de junho de 2004: Sessão solene na Câmara dos Deputados - o evento foi acompanhado pela Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, e pelo conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto**. 15) Pesquisa envolvendo seres humanos. A CONEP solicitou espaço na reunião do CNS para apresentação do resultado da pesquisa – a CCG decidiu reservar espaço na pauta para apresentação da CONEP. 16) Reunião da Câmara Técnica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Data: 03 de junho de 2004, em Brasília – a CCG indicou o Conselheiro **Mário César Scheffer** para acompanhar a reunião. 17) Projeto de Lei do Deputado **Colbert Martins** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O Plenário deliberou por agendar reunião do CNS com o Deputado **Rafael Guerra**, relator do Projeto. O Deputado **Rafael Guerra** programou audiência pública sobre o tema para o dia 03 de junho de 2004, a qual ajudará na construção do relatório – a CCG propõe a participação do CNS no seminário, visando promover maior debate, envolvendo os setores interessados (Legislativo, Executivo, sociedade civil organizada e Controle Social). 18) Pendências: a) Encaminhamentos sobre Comissões e Grupos de Trabalho do CNS – a CCG decidiu pautar na reunião ordinária de julho de 2004 o debate dos problemas levantados no seminário do CNS, realizado no mês de março de 2004, e nas reuniões do mês de abril e maio de 2004. Até o debate, as comissões deveriam ser mantidas. Além disso, ressaltou a necessidade de



recompor a Comissão de Saúde Suplementar e de instalar a de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia; **b)** pontos de pauta pendentes para as próximas reuniões do CNS: Política Nacional de Saúde do Trabalhador; suspensão da abertura de cursos na área de saúde; Política Pública de Combate ao Alcool; Política de Águas – sistema pré-pago de água, desmineralização e crenologia; capacitação de conselheiros; planejamento 2005 do CNS; financiamento da Atenção Básica; Pacto da Atenção Básica; Pacto Mortalidade Materna; e cirurgias eletivas. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** apontou como tema pendente a ser discutido nas próximas reuniões do CNS a Política Nacional de Humanização. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou informe sobre o andamento da reforma do Plenário do CNS. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** ressaltou a importância de priorizar o debate sobre a recomposição da Comissão Intersetorial de Saúde e Meio Ambiente (CISAMA/CNS) e definição do calendário de reuniões. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu que a próxima reunião do CNS fosse destinada à avaliação da execução orçamentária de 2003 e programas do Ministério da Saúde para 2004, com envio de material com antecedência aos Conselheiros para subsidiar o debate e participação de técnicos responsáveis pelas áreas com baixa execução. Conselheiro **Jouglas Bezerra** solicitou que fosse apresentado informe, por parte do Ministério da Saúde, sobre o Projeto de Lei, em tramitação, que propõe a criação da Hemobrás. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que seria necessário organizar os pontos de pauta pendentes para as próximas reuniões de forma prioritária. Informou que a Secretaria-Executiva solicitou a convocação de reunião da CISAMA/CNS. Explicou também que a Secretaria-Executiva solicitou informações sobre o processo de reforma do Plenário do CNS à Secretaria de Assuntos Administrativos e à Coordenação de Recursos Logísticos do Ministério da Saúde, entretanto, não houve resposta por parte das mesmas. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** colocou-se à disposição para buscar informações sobre o processo de reforma do Plenário na Secretaria de Assuntos Administrativos e na Coordenação de Recursos Logísticos do Ministério da Saúde. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sugeriu que, na próxima reunião do CNS, fosse reservado espaço na pauta para apresentação de informe, por parte do Ministério da Saúde, sobre a implementação do Estatuto do Idoso. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** solicitou à Secretaria-Executiva apresentação de informe sobre o Ofício que propõe ajuda de custo para os Conselheiros do CNS. Além disso, comunicou o Plenário sobre a sua impossibilidade de continuar na CCG e, nesse sentido, solicitou que fosse indicado representante do segmento dos usuários para substituí-la na Comissão. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que o GT sobre Comissões e GTs do CNS fosse ampliado e os membros se reunissem no final do dia para definir encaminhamento sobre o debate concernente à reestruturação das comissões e GTs do CNS. Além disso, disse que seria necessário definir a composição das Comissões de Saúde Suplementar e de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia na reunião, a fim de convocar reunião das mesmas. Conselheiro **Mário César Scheffer** lembrou que, em reunião anterior, o Plenário, apesar de ter aprovado composição da Comissão de Saúde Suplementar, deliberou por reabrir o debate sobre a composição, a fim de considerar as sugestões de nomes apresentadas pelo Colegiado. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** sugeriu que fosse definido grupo de Conselheiros para apresentar proposta de composição para as Comissões de Saúde Suplementar e de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia no segundo dia de reunião. **O encaminhamento foi aprovado.** Os Conselheiros **Mário César Scheffer** e **Graciara Matos de Azevedo**, com apoio da Técnica do CNS, **Maria Camila Faccenda**, apresentariam proposta de composição para Comissão de Saúde Suplementar e os Conselheiros **Francisco das Chagas Monteiro**, **Moisés Goldbaum** e **Maria Natividade G. S. T. Santana**, com apoio da Técnica do CNS, **Lúcia Maria Figueiredo**, apresentariam proposta de composição para Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, citou pontos pendentes a serem discutidos nas próximas reuniões do CNS, considerando as sugestões dos Conselheiros, a saber: Plano Nacional da Saúde; Política Nacional de Saúde do Trabalhador; suspensão da abertura de cursos na área de saúde; Política Pública de Combate ao Alcool; Política de Águas – sistema pré-pago de água, desmineralização e crenologia; capacitação de conselheiros; Planejamento 2005 do CNS; financiamento da Atenção Básica; Pacto da Atenção Básica; Pacto de Mortalidade Materna; cirurgias eletivas; Política Nacional de Humanização; implementação do Estatuto do Idoso; avaliação da execução orçamentária de 2003 e programas do Ministério da Saúde para 2004; GT de Normatização da Tripartite; novas diretrizes de financiamento do SUS; e Lei de Diretrizes Orçamentárias. Conselheira **Vera Lúcia M. Vita** chamou a atenção para a importância de garantir a participação de representantes do segmento dos usuários nas Comissões de Saúde Suplementar e de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sinalizou a importância de definir metodologia para o debate do Plano Nacional da Saúde, prioridade número um do CNS. Nessa linha, sugeriu que as Comissões do CNS analisassem o Plano Nacional da Saúde, com enfoque no seu eixo temático pertinente. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**, a propósito da composição das Comissões Intersetoriais do CNS, lembrou que o Plenário deliberou por contemplar pelo menos uma representação de todos os segmentos que

compõem o CNS nas Comissões. Além disso, sugeriu que nas próximas reuniões do CNS fosse garantido debate sobre gestão de trabalho, a fim de definir subsídios para a Conferência de Recursos Humanos. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** ressaltou que o prazo para discussão da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) era 31 de julho de 2004, nesse sentido, propôs que o tema fosse pautado na Reunião Ordinária de julho de 2004. Além disso, chamou a atenção para necessidade de o CNS analisar a execução financeira do Ministério da Saúde, com a participação de técnicos do Ministério da Saúde responsáveis pelas áreas com baixa execução orçamentária. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** propôs a realização de seminário no mês de agosto de 2004 para analisar o Plano Nacional da Saúde a partir dos eixos temáticos das Comissões (promoção e atenção à saúde; e articulação, informação e Controle Social). Explicou que o seminário permitiria analisar o Plano Nacional da Saúde, bem como verificar a funcionalidade do novo formato das Comissões do CNS. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** concordou com a proposta de realização de Seminário, entretanto, mostrou preocupação com a sua data de realização, considerando o calendário de discussão do Plano Nacional da Saúde e da Lei de Diretrizes Orçamentárias. Desse modo, sugeriu que o debate do Plano Nacional de Saúde fosse o ponto de pauta principal da Reunião Ordinária do CNS de julho de 2004. **A propósito dos temas pendentes, foi acordado que a CCG se reuniria no dia 15 de junho de 2004 para, entre outras questões, definir a pauta da próxima reunião do CNS, com base no levantamento dos temas pendentes, no planejamento do CNS para 2004 e na atual conjuntura. INFORMES E INDICAÇÕES.** *Informes* – 1) Encontra-se à disposição do CNS, para conhecimento, um exemplar do *CONASS Documenta nº 2* e do jornal *CONSENSUS*. O segundo número do *CONASS Documenta* apresenta os resultados da 1ª Oficina do CONASS com os Coordenadores Estaduais de Atenção Básica, realizada em Brasília, e do 2º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, que ocorreu na Bahia. 2) A Fundação Técnico-educacional Souza Marques comunica que reconsiderou a demissão do professor **Jorge Luiz do Amaral** ao ser informada de que o mesmo possuía estabilidade provisória sindical, com todas as vantagens e salários. 3) Encontra-se à disposição do CNS para conhecimento e/ou consulta, o relatório de atividades do Conselho de Saúde do Espírito Santo, referente ao ano de 2003. 4) Conselheira **Gilca Starling Diniz** apresentou informe sobre a reunião entre representantes do Ministério da Educação, da CIRH, do FENTAS e da CESU, realizada no dia 30 de maio de 2004. Explicou que na reunião foi criado GT para discutir e definir encaminhamentos sobre os temas: formação de tecnólogos em saúde (Decreto nº 2028); carga horária de graduação; e avaliação e abertura de novos cursos. 5) Informe do FENTAS – Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** apresentou Moção de Apoio do FENTAS ao Secretário-Executivo da Casa Civil, **Swedenberger do Nascimento Barbosa**, que já foi Conselheiro do CNS, em virtude de falsas denúncias na imprensa falada e escrita, comprometendo negativamente a sua imagem. **O Plenário aprovou a Moção de Apoio que, após ser assinada pelos Conselheiros do CNS, seria enviada à Casa Civil e à imprensa, em especial às Revistas *Veja* e *Época*.** 6) Informe sobre o Projeto de Lei relativo a pesquisas com seres humanos – Conselheira **Noemy Yamaguishi Tomita** apresentou informe sobre o Projeto de Biossegurança, em tramitação no Senado Federal, que, dentre outras questões, proíbe as atividades referentes à clonagem e utilização de células-tronco, incluindo-se a pesquisa científica. A propósito, sugeriu articulação do CNS no Senado Federal e Poder Executivo, no sentido de retirar do Projeto de Biossegurança a matéria concernente a células-tronco e clonagem, a fim de remetê-la para o Projeto de Lei sobre Reprodução Assistida Humana, em tramitação na Câmara dos Deputados, ou, ainda, que se elaborasse projeto de lei específico para contemplá-la. Acrescentou que tal mecanismo permitiria amplo debate na sociedade brasileira sobre células-tronco e clonagem. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** sugeriu que o CNS, por intermédio da Comissão de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS), promovesse articulação direta com os relatores do Projeto de Lei, a fim de tratar da questão. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** disse que seria necessário conhecer com mais profundidade o Projeto de Biossegurança, em especial os dispositivos sobre a clonagem de células-tronco, para pronunciamento do CNS sobre a questão. Nessa linha, colocou-se à disposição para verificar a tramitação do Projeto de Lei. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que, conforme encaminhamento do CNS, a Secretaria-Executiva entrou em contato com o Deputado **Rafael Guerra**, relator do Projeto de Lei sobre Pesquisas em Seres Humanos, de autoria do Deputado **Colbert Martins**, para tratar sobre o Projeto. Explicou que o Deputado **Rafael Guerra** não possuía posição sobre o Projeto e convocou audiência pública para o dia 03 de junho de 2004 para discuti-lo, além disso, aguardaria a discussão do Projeto de Lei no CNS. Nessa linha, sugeriu que o CNS verificasse a tramitação do Projeto Lei sobre Biossegurança e entrasse em contato com o seu relator, a fim de garantir que seja discutido no âmbito do CNS. Conselheira **Noemy Yamaguishi Tomita** disse que seria necessário contato urgente com o relator do Projeto, a fim de suspender a tramitação e garantir a discussão no âmbito do CNS. **A propósito, foi acordado que a Secretaria-Executiva do CNS verificaria a tramitação do Projeto e entraria em contato com o seu relator, a fim de suspender a tramitação do Projeto e garantir a sua discussão no âmbito do CNS.** 7) Visita do CNS ao Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul –

Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou informe sobre a reunião que teve, juntamente com os Conselheiros **Eni Carajá Filho** e **Clóvis A. Bouffleur**, com representantes do Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, no dia 28 de maio de 2004, com o propósito de facilitar o diálogo entre as partes do CES e superar as dificuldades que provocaram a suspensão das atividades do Conselho. Explicou que as negociações tiveram êxito e foi definida, entre outras questões, a revogação do Decreto nº 11582/04. **8) Congresso de Transmissão Vertical**, realizado de 16 a 19 de maio de 2004 – Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** apresentou informe sobre o Congresso de Transmissão Vertical no qual foram tratados problemas como a transmissão vertical da AIDS e sífilis congênita. Solicitou que as questões discutidas no Congresso fossem apresentadas ao CNS. **9) Fórum das Cidadãs Posithivas**, realizado de 16 a 19 de maio, em João Pessoa – PB – Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou que fosse distribuído documento sobre o I Fórum das Cidadãs Posithivas. **10) Congresso sobre o Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal** – Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** apresentou informe sobre o Congresso no qual foi enfatizada, entre outras questões, a carência de tecnologia na Amazônia. Disse, ainda, que a análise apresentada pela pesquisadora da USP, Dra. Ana Luiza d'Ávila Viana, indicou que a escolha da Amazônia Legal pelo Ministério da Saúde, foi para verificar as necessidades existentes nesta região. Informou que há 400 comitês de ética em pesquisa no Brasil, destes, 28 estão na Amazônia. Devido à complexa biodiversidade da região, hoje se pretende estender para 100 comitês de ética em pesquisa na Amazônia Legal. **11) Comissão Julgadora dos trabalhos concorrentes ao prêmio da // Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família** - Data: de 1º a 03 de junho de abril de 2004 – Local: Brasília – Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** apresentou informe sobre o trabalho da Comissão Julgadora dos trabalhos concorrentes ao prêmio da // *Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família* da qual fez parte representando o CNS. Explicou que foram apresentados 1.600 trabalhos, dos quais seis foram premiados pelo Ministério da Saúde. A propósito, sugeriu que fosse distribuída cópia dos trabalhos premiados aos Conselheiros do CNS. Além disso, solicitou que o Plenário indicasse mais um representante para acompanhar a Amostra envolvendo 3.000 pessoas que atuam no PSF, que estava acontecendo na Academia de Tênis, em Brasília. **12) Estratégia Global para a Nutrição, Dieta, Saúde e Atividade Física**, assinada no dia 21 de maio de 2004 – Conselheira **Rosane Maria N. da Silva** informou que o Brasil, juntamente com outros 169 países, aderiu à Estratégia que visa combater as doenças crônicas-não-generativas provenientes, em especial, da obesidade. A propósito, agradeceu o empenho do Ministério da Saúde para que o país aderisse à Estratégia. **13) Seminário promovido pelo Ministério Público de Curitiba**, nos dias 19 e 20 de maio de 2004, em Londrina, Paraná. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** apresentou informe sobre o Seminário do qual participou como representante do CNS. **14) Dia Internacional da Prostituta** – 02 de junho de 2004 – O GAPA realizaria atividade no Estado do Rio Grande do Sul para tratar, entre outros aspectos, sobre a questão da AIDS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, aproveitou a oportunidade para agradecer a presença dos dirigentes da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS) e da Central Única dos Trabalhadores (CUT) na reunião. Conselheiro **Alexandre de Oliveira** informou que a Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**, representante do segmento de trabalhadores em saúde, estava tomando posse como titular no CNS. **Indicações:** **1) Fórum Nacional de Prevenção e Combate à Falsificação e Fraude de Medicamentos** – Data: 06 de julho de 2004 – Local: Brasília, DF. Evento organizado pela ANVISA em parceria com a OPAS. **Indicação:** Conselheiros **Maria Eugênia C. Cury** e **Ciro Mortella**. Os Conselheiros **Sérgio Ricardo G. Mena Barreto** e **Maria Leda de R. Dantas** já estavam acompanhando a organização do Fórum. **2) 2º Seminário Nacional para Avaliação da Implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil** – Data 24 e 25 de junho de 2004 – Local: Rio Quente Resort – GO. Evento promovido pela Federação Nacional dos Médicos (FENAM). **Indicação de Conselheiro para ser palestrante da mesa-redonda “Experiências em programas de saúde em grandes centros urbanos”** no dia 24 de junho de 2004, às 10h: Conselheiro **André Luiz de Oliveira**. **3) Fórum de Discussão sobre Anencefalia e Doação de Órgãos** – Data: 16 de junho de 2004 – Local: Brasília-DF. **Indicação de Conselheiro para ser palestrante da mesa de debate “Justifica-se o anencéfalo como um doador de órgãos?”:** foi indicado o Conselheiro **Willian Saad Hossne**. **4) 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres** – Data 15, 16 e 17 de julho de 2004. Local: Academia de Tênis, Brasília-DF. Convite para a cerimônia de abertura, no dia 15 de julho de 2004, às 9 horas. **Indicação:** Conselheiras **Silvia Marques Dantas**, **Solange Gonçalves Belchior**, e **Neide Regina C. Barriguelli**. **5) Política de Saúde para a População do Campo** – o Ministério da Saúde solicita a indicação de um representante do CNS para compor o Grupo da Terra, que tem por finalidade acompanhar a implantação da Política de Saúde para a População do Campo, conforme Portaria nº 719, de 16 de abril de 2004. O Plenário decidiu comunicar ao Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Gastão Wagner**, a decisão do CNS de não indicar, *a priori*, representante para participar de grupos técnicos, câmaras, comitês e comissões do Ministério da Saúde sobre temas que eram tratados por Comissões do CNS e marcar reunião para discutir a questão. **DEFINIÇÃO DA COMPOSIÇÃO DAS COMISSÕES DO CNS DE SAÚDE SUPLEMENTAR E DE VIGILÂNCIA**

**SANITÁRIA E FARMACOEPIDEMIOLOGIA** – Conforme acordado no primeiro dia de reunião, foram apresentadas propostas de composição para as Comissões do CNS de Saúde Suplementar e de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia. Conselheiro **Mário César Scheffer** explicou, a princípio, que o Plenário aprovou a composição da Comissão de Saúde Suplementar na Reunião Ordinária de fevereiro de 2004, entretanto, decidiu reabrir o debate em virtude de pleitos de entidades que desejavam participar da Comissão. Disse que a comissão constituída no dia anterior optou por constituir a Comissão com 8 membros, com a seguinte composição: *quatro representantes dos usuários*: 1) Titular: Movimento Nacional da Luta contra AIDS; Suplente: Proteção e Defesa do Consumidor – PROCONs; 2) Titular: Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP); e Suplente: Central Única dos Trabalhadores (CUT); 3) Titular: Representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); e Suplente: Associação de Defesa dos Usuários de Seguro, Planos e Sistemas de Saúde (ADUSEPS); 4) Titular: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); Suplente: Confederação Nacional da Indústria (CNI); *dois representantes dos profissionais de saúde*: 1) Titular: Profissionais da Área Médica (obedecendo ao critério de revezamento, no CNS, das entidades: Federação Nacional dos Médicos (FENAM); Associação Médica Brasileira (AMB); e Conselho Federal de Medicina (CFM)); e Suplente: Profissionais da Área Médica (obedecendo ao critério de revezamento das entidades no CNS: Federação Nacional dos Médicos (FENAM); Associação Médica Brasileira (AMB); e Conselho Federal de Medicina (CFM)); 2) Titular: Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS); e Suplente: Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS); *dois representantes dos gestores e dos prestadores de serviço*: 1) Titular: Ministério da Saúde; e Suplente: Ministério do Trabalho; 2) Titular: Prestador Privado – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG); e Suplente: Prestador Privado – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB). **Não havendo destaques, a proposta de composição da Comissão de Saúde Suplementar foi aprovada por unanimidade.** Conselheiro **Moisés Goldbaum** explicou que a comissão (composta pelos Conselheiros **Moisés Goldbaum, Francisco das Chagas Monteiro e Maria Natividade G. S. T. Santana**) apresentou sugestões de vinte entidades para comporem a Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, sendo: 1) Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); 2) Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME); 3) Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); 4) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); 5) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 6) Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); 7) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); 8) Confederação Nacional da Indústria (CNI); 9) Confederação Nacional da Agricultura (CNA); 10) Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA); 11) Central Única dos Trabalhadores (CUT) ou representação de Central de Trabalhadores; 12) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 13) Entidades de Portadores de Patologias e outras Deficiências; 14) Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP); 15) Associação Nacional dos Servidores da Vigilância Sanitária (ANSEVS); 16) Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); 17) Entidades Médicas; 18) Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); 19) Federação Nacional de Farmacêuticos (FENAFAR); e 20) Entidades de Nutricionistas. Nessa linha, sugeriu que a composição da Comissão de Saúde de Vigilância Sanitária fosse definida a partir das indicações supracitadas, sendo dez membros titulares e seus respectivos suplentes. **O Plenário endossou a proposta. Desse modo, os Conselheiros Moisés Goldbaum, Francisco das Chagas Monteiro, Maria Natividade G. S. T. Santana e a representante da ANVISA Vera Bacelar definiriam, a partir das entidades indicadas, proposta de composição para a Comissão, que contaria com dez membros titulares e seus respectivos suplentes, para ser apresentada ao Plenário na próxima reunião do CNS. O grupo consultaria as entidades indicadas para definir a composição quanto à titularidade e suplência.** **ITEM 06 – RELATÓRIO DA 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE** – O Consultor do Ministério da Saúde, **Alcindo Ferla**, falou sobre o processo de conclusão do Relatório Final da 12ª Conferência, destacando que, em virtude da complexidade e dificuldade do processo de sistematização, não foi possível encaminhar aos Conselheiros a versão do relatório para votação dos delegados da 12ª Conferência no prazo determinado, conforme acordado na 142ª Reunião. Assim, a Comissão enviou os relatórios aos Conselheiros na medida em que ficaram prontos. Explicou que foi composto GT para auxiliar na sistematização dos relatórios do qual participaram, entre outros, o Conselheiro **Paulo Gadelha**, o relator da 12ª Conferência. Disse que o GT utilizou como subsídios os documentos sobre os dez eixos temáticos (versão 10b), destaques votados na Plenária sobre os dez eixos, transcrição do debate da Plenária Final e a base de dados dos relatórios dos grupos de trabalho. Além disso, acrescentou que alguns Conselheiros foram consultados e foram consideradas as sugestões apresentadas pelo Colegiado do CNS. Ressaltou que os 1871 destaques apresentados nos grupos de trabalho da 12ª Conferências foram sistematizados na versão 10b do relatório na qual constavam 758 deliberações e 280 destaques. Explicou que, após a sistematização, a Comissão conseguiu reduzir os 280 destaques



a 87, utilizando como metodologia a leitura sucessiva e comparativa dos eixos. Contudo, ressaltou que o GT optou por não deslocar de forma significativa as questões dos eixos temáticos por esta ter sido uma crítica em relação às versões anteriores do relatório. Disse que das 87 questões pendentes 14 referiam-se ao eixo da Seguridade Social. Destacou, ainda, uma questão não resolvida no relatório que a Comissão optou por submeter à apreciação e deliberação do Plenário: relação SUS e Entidades Privadas – apesar da decisão de não transferir a administração de serviços públicos a Organização não-Governamental (ONG), Organização da Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIP) e Organização Social (OS), em vários momentos são apresentadas propostas de parcerias entre o SUS e as entidades citadas. Solicitou que os Conselheiros analisassem a versão do relatório apresentada e encaminhassem contribuições à Comissão. Além disso, propôs que, após a inclusão das contribuições do CNS, o relatório fosse encaminhado à votação dos delegados da 12ª Conferência Nacional da Saúde, com o prazo de envio das respostas, por parte dos delegados, de 30 dias, sendo 20 dias para a 1ª etapa e mais 10 dias para uma segunda chamada. Conselheiro **Paulo Gadelha** disse que a Comissão buscou diminuir o número de proposta, contudo, seria importante recuperar pontos dos relatórios das versões anteriores para que os delegados se identificassem no relatório a ser encaminhado para votação. Ressaltou ser importante um voto de confiança do CNS para que a Comissão pudesse incorporar as contribuições ao relatório e de imediato o enviasse para votação dos delegados. Por fim, explicou que os conceitos introdutórios dos eixos temáticos não foram alvo de muitos destaques, o que contribuía para a compreensão do processo de realização das Conferências. O Consultor do Ministério da Saúde, **Alcindo Ferla**, falou sobre a possibilidade de garantir espaço no relatório de votação para manifestação dos delegados no que diz respeito a propostas não contempladas. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** ressaltou que a versão do relatório apresentada era mais concisa e apresentava melhor sistematização das propostas, no entanto, seria necessário rever alguns pontos. Nesse sentido, sugeriu que fosse destinado o prazo de até dez dias para apresentação de contribuições, por parte dos Conselheiros, no que se refere a pontos não contemplados no relatório. Além disso, manifestou apoio à proposta de reservar espaço no relatório para manifestação dos delegados em relação às propostas não contempladas. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** explicou que não constava no relatório as propostas aprovadas concernentes à realização de pesquisas sobre a doença celíaca, entre outras. O Dr. **Humberto Jacques de Medeiros** parabenizou os celíacos presentes 12ª Conferência Nacional de Saúde pela quantidade de propostas apresentadas, reforçando assim a falta das mesmas no relatório. **Dr. Alcindo Ferla** ficou de identificar e inserir no relatório estas propostas com a ajuda da Conselheira **Nildes** representante dos celíacos no CNS. Nesse sentido, consultou a Comissão sobre a possibilidade de incluí-las no relatório. Conselheiro **Eni Carajá Filho** destacou que seria necessário rever a questão das OSCIPS, considerando que no debate do eixo “A Organização da Atenção à Saúde” foi aprovada a proposta de não realizar contratações na modalidade de Organizações da Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIP) (item 63), assim, não deveria ser apresentada a proposta de emenda supressiva do item 101. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** endossou a colocação do Conselheiro **Eni Carajá Filho** e, nesse sentido, propôs a exclusão do item 101 do eixo temático “A Organização da Atenção à Saúde”, conforme aprovado na Plenária da 12ª Conferência. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que fosse destinado prazo de 20 dias para que os Conselheiros analisassem o material e enviasse contribuições à Comissão, considerando que o processo de análise do relatório demandaria tempo. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** propôs que o prazo para o envio de propostas fosse de 10 dias, a fim de agilizar o envio do relatório para votação dos delegados. Disse que seria necessário revisar o texto do relatório de acordo com as Políticas do Ministério da Saúde e traduzir as siglas. Concordeu com a proposta de reservar espaço para manifestação dos delegados sobre propostas não contempladas no relatório, entretanto, enfatizou que seria necessário esclarecer que as propostas de mudanças seriam verificadas nos registros da Conferência. Conselheira **Maria Thereza M. de C. Rezende** cumprimentou a Comissão pelo trabalho de sistematização das propostas e sugeriu que o limite para o envio de contribuições fosse o dia 16 de junho de 2004. Conselheira **Rosane Maria N. da Silva** chamou a atenção para a importância de enviar junto com o relatório para votação documento relatando o processo de sistematização das propostas. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** concordou com a supressão do item 101 do eixo temático “A Organização da Atenção à Saúde”, considerando que a questão foi vencida na 12ª Conferência. Além disso, ressaltou a necessidade de aprofundar o debate sobre Organização não-Governamental (ONG), Organização da Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIP) e Organização Social (OS) no CNS. O Consultor do Ministério da Saúde, **Alcindo Ferla**, ressaltou que, em alguns pontos do relatório, a questão da Organização da Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIP) ficou clara, já nos pontos mais gerais causou dúvidas. Nesse ponto, concordou com a proposta de supressão do item 101, considerando a posição de não privatização dos serviços, mas sim de parcerias submetidas ao Controle Social. A partir das considerações do Colegiado, apresentou a seguinte proposta de cronograma de conclusão do relatório: 1) envio de contribuições à Comissão até o dia 15

de junho de 2004; **2)** conclusão do relatório até o dia 24 de junho de 2004; **3)** 20 dias para apreciação do relatório, por parte dos delegados, prazo que poderá ser prorrogado por mais dez dias; e **4)** reserva de espaço no documento para registro dos delegados de pontos não contemplados no documento. Sugeriu, ainda, que na carta de encaminhamento do relatório fosse apresentado histórico sobre o processo de elaboração do relatório. Agradeceu os cumprimentos do Plenário pelo trabalho da Comissão, destacando que estava em harmonia e dava continuidade aos trabalhos das etapas anteriores. Conselheiro **Paulo Gadelha** ressaltou que não havia dificuldade em recuperar propostas aprovadas na Plenária que não foram contempladas no relatório. Além disso, enfatizou que o trabalho da Comissão foi fortalecido com o aval do Conselho Nacional da Saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que, em reunião anterior, o Plenário decidiu que o CNS assinar a carta de encaminhamento do relatório para votação dos delegados. Nesse sentido, apresentou proposta de texto da carta de encaminhamento do relatório na qual era apresentado histórico sobre o processo de elaboração do relatório e instruções para votação das propostas. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** sugeriu que a carta reforçasse que o relatório já poderia ser utilizado pelos delegados como instrumento de trabalho. **Feitas essas considerações, o Plenário aprovou os seguintes encaminhamentos:** **1) as contribuições dos Conselheiros poderão ser encaminhadas à Comissão até o dia 15 de junho de 2004;** **2) a Comissão irá incorporar as contribuições dos Conselheiros do CNS ao relatório e, em seguida, irá enviá-lo para votação dos delegados no dia 27 de junho de 2004;** e **3) os delegados terão vinte dias para apreciação do relatório, prazo que poderá ser prorrogado por mais dez dias caso o retorno das propostas seja baixo e não haja quorum para aprovação de propostas. Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item 07 da pauta. ITEM 07 – POLÍTICA DE INCENTIVO DE COMBATE A AIDS–** Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** assumiu a coordenação dos trabalhos convidando o Coordenador da Área de DST/AIDS do Ministério da Saúde, **Alexandre Granjeiro**, para tratar sobre a Política de Incentivo de Combate a AIDS. O Coordenador da Área de DST/AIDS do Ministério da Saúde, **Alexandre Granjeiro**, iniciou sua apresentação cumprimentando o Plenário e justificando que o propósito da apresentação era prestar contas sobre a implementação da Política de Incentivo de DST/AIDS no âmbito dos estados e municípios. Começou citando dados sobre a epidemia de AIDS no Brasil dentre os quais se destacam: casos acumulados de AIDS (2003): 310.310; número estimado de pessoas vivendo com HIV (2000): 597.443; prevalência: 0,65% (da população de 15 a 49 anos); mortes por AIDS (1980-2002): 149.559; taxa de mortalidade: 6,3/100.000 (2002); taxa de incidência de AIDS (2002): 12,8/100.000; número de municípios com casos de aids: 3.702 (66%); número de casos novos por ano: cerca de 25.000; sobrevida dos pacientes com aids: 58 meses; e redução da expectativa de vida: 3 meses. Nessa linha, destacou os principais resultados alcançados em 20 anos de luta contra a epidemia, a saber: **a)** crescimento da sobrevida da pessoa com AIDS em 12 vezes: de 5 para 58 meses; **b)** redução em 50% do índice de mortalidade das pessoas com AIDS no país (90 mil mortes evitadas); **c)** o país evitou, em 5 anos, 358 mil internações e 600 mil novas infecções pelo HIV; **d)** economia de US\$ 2,2 bilhões em assistência a pessoas com AIDS entre 1996 e 2002; economia de US\$ 1,23 bilhão com internação e tratamento de doenças oportunistas; e US\$ 960 milhões com redução de preços de medicamento; e **e)** crescimento de compra e distribuição de preservativos em mais de 15 vezes nos últimos 10 anos. Citou as metas no que diz respeito ao combate a epidemia de AIDS a serem alcançadas até 2006, dentre elas, ampliar em 170% o número de municípios que recebem recursos para ações contra a AIDS; reduzir o número de casos de AIDS de 15 para 10/100 mil habitantes/ano; dobrar o uso de preservativos no País, passando de 550 milhões para 1,2 bilhão; priorizar a população de baixa renda, mulheres, jovens e população vulnerável; aumentar em 1,5 vezes o número de exames realizados/ano; reduzir em 30% a taxa de mortalidade, passando de 6,31 para 4,42/100.000 habitantes/ano; garantir 100% de tratamento para gestantes HIV positivo; e garantir o acesso universal aos anti-retrovirais e aos medicamentos para DST. Falou sobre o orçamento do Programa Nacional de DST/AIDS, destacando era gasto nas ações de aquisição de medicamentos, promoção à saúde e às práticas sexuais, atenção à saúde, política de incentivo, dentre outros, o total de R\$ 761 milhões. Feito esse panorama, passou a tratar especificamente da Política de Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DSTs que foi instituída no final de 2002, com efeito financeiro a partir de fevereiro de 2004, tendo por objetivos: **a)** ampliar, consolidar e institucionalizar a resposta nacional à epidemia de HIV/Aids, incluindo o financiamento para ações da Sociedade Civil; **b)** garantir a transparência e o fluxo contínuo dos recursos para os Programas Estaduais e Municipais por meio do repasse automático fundo a fundo e da aplicação de recursos locais; **c)** possibilitar o processo de gestão focalizado em ações e metas estratégicas e pactuadas nas instâncias colegiadas do SUS (Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores); e **d)**

aprimorar o processo de participação e Controle Social no âmbito local. Acrescentou que o incentivo instituído foi de R\$ 100 milhões definido com base em critérios epidemiológicos e populacionais. Ressaltou que a partir do segundo semestre de 2003 foi proposta e aceita alteração no repasse dos recursos, visando elevar para R\$ 75 mil os valores de referência de 227 municípios (R\$ 5,1 milhões) e aumentar em 33% o valor de referência dos estados e municípios das Regiões Norte e Nordeste (6,2 milhões). Explicou que, a partir dos critérios de incidência e prevalência, população, convênios com o Ministério da Saúde para a Política de DST/AIDS e pactuação pela CIB, foram pré-selecionados 411 municípios dos quais 405 foram qualificados. Disse que o impacto da Política na qualidade de vida da população seria avaliado a partir do 2ª semestre de 2004, em virtude de a qualificação de estados e municípios ter sido concluída no final de 2003. Destacou que até março de 2004 foram repassados R\$ 72 milhões a estados e municípios. Acrescentou que o incentivo possuía outros dois componentes, o primeiro, chamado fórmula infantil, referia-se à transferência de recursos para a prevenção da transmissão vertical, especificamente para substitutivo do leite materno. Nesse ponto, citou dados sobre a transmissão vertical, dentre eles, a estimativa de 17 mil gestantes infectadas/ano, sendo que apenas 6.600 gestantes eram diagnosticadas e tratadas (cobertura de 38%) e apenas 50% das gestantes realizavam teste HIV no pré-natal. Explicou que todos os Estados qualificaram-se, com exceção do Acre que se encontrava em fase final de qualificação, para recebimento dos recursos. Destacou que o segundo componente do incentivo referia-se ao repasse de recursos para as Organizações de Sociedade Civil. Ressaltou que, dos 27 estados que receberam recursos, apenas 13 concluíram o processo de seleção pública (Acre, Amazonas, Roraima, Tocantins, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina, Minas Gerais e São Paulo) e apenas três Secretarias Estaduais de Saúde (São Paulo, Ceará e Mato Grosso) repassaram recursos para as Organizações de Sociedade Civil, totalizando R\$ 1,5 milhões que representam 15% dos R\$ 10 milhões do Incentivo destinados a Organizações. Frente a esse diagnóstico, explicou que o Ministério da Saúde intensificou o apoio a estados e municípios para a realização do processo de descentralização. Além disso, informou que o Ministério da Saúde lançaria em 07 de junho Concorrência Nacional no valor de R\$ 5,5 milhões para apoiar projetos de ONGs. Prosseguiu destacando que os principais desafios da Política de Incentivo seriam:

- o aprimoramento do processo de planejamento e do instrumento Plano de Ações e Metas (PAM), com o objetivo de retratar o compromisso do Gestor de Saúde para o enfrentamento da epidemia; c
- apacitação dos Coordenadores Estaduais e Municipais de DST/AIDS e reorganização do processo de supervisão; c
- consolidação do processo de descentralização de parcerias com Organizações de Sociedade Civil; ampliação do Incentivo para outros municípios; e
- monitoramento da pactuação de medicamentos para infecções oportunistas e DST. Sobre este último ponto, explicou que estava em fase de discussão sistema de monitoramento e avaliação da Política de Incentivo, com base nos seguintes eixos: consecução das metas de produto propostas; diretrizes pactuadas nacionalmente e evolução dos indicadores de resultado; execução dos recursos financeiros; e cumprimento das pactuações. Falou ainda sobre o Projeto AIDS III, assinado em dezembro de 2003 com vigência até dezembro de 2006, que visa promover a sustentabilidade: consolidação do processo de descentralização, aprimoramento da gestão (supervisão, monitoramento e avaliação) e o financiamento das ações desenvolvidas pela sociedade civil; minimizar diferenças regionais no acesso e na qualidade dos serviços; promover o desenvolvimento científico e tecnológico; e induzir ações estratégicas nacionais e regionais. Acrescentou que o acordo foi estabelecido no valor de U\$ 200 milhões, sendo U\$ 100 milhões de contrapartida nacional e U\$ 100 milhões do Banco Mundial. Deste montante, 83% seria destinado à melhoria da qualidade e da cobertura, 4,5% ao desenvolvimento de ciência e tecnologia, e 12,5% à gestão do Programa. Concluída a apresentação, foi iniciado o debate sobre os dados apresentados. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** pediu esclarecimentos sobre a estimativa do número de casos acumulados de AIDS e de pessoas vivendo com HIV, considerando que os dados apresentados eram similares aos de 2000. Ressaltou que o movimento de AIDS apoiava o Programa de Incentivo, entretanto, tinha preocupação no que se refere ao comprometimento dos gestores estaduais e municipais com as ações de DST/AIDS. Nesse ponto, lamentou a ausência das representações do CONASS e CONASEMS, considerando que um dos maiores problemas com relação ao incentivo referia-se às pactuações feitas nas Bipartites e Tripartite que, por vezes, não eram cumpridas por estados e municípios. A propósito, destacou que a União distribuía a medicação anti-retrovirais e os estados e os municípios não distribuíam os demais medicamentos, conforme pactuado. Nesse sentido, perguntou como a questão seria tratada junto a Bipartite e Tripartite. Falou também sobre a crítica à descentralização, em virtude da desqualificação dos serviços na ponta decorrente da

1410 falta de comprometimento dos gestores com os planos de ações e metas. Comentou ainda sobre o fato  
1411 de os recursos repassados a estados e municípios não estarem sendo utilizados e, nesse sentido,  
1412 perguntou que medidas seriam tomadas. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** chamou a atenção para a  
1413 necessidade de ações voltadas à prevenção com enfoque nos usuários de drogas e doenças  
1414 oportunistas, a exemplo da tuberculose. Propôs ainda que o Programa incorporasse metas relativas a  
1415 hábitos que melhorariam a qualidade de vida da população, dentre eles hábitos sexuais (abstinência  
1416 sexual), conforme as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Conselheiro **Luiz Alberto**  
1417 **Silva** falou sobre o Programa de pré-natal, desenvolvido pela APAE, que realiza exames de detecção  
1418 do vírus HIV utilizando a tecnologia de papel de filtro, contribuindo para a prevenção e diagnóstica da  
1419 patologia. Nesse sentido, sugeriu que a medida fosse adotada como mecanismo de prevenção da  
1420 AIDS. Conselheira **Silvia Marques Dantas** enfatizou a necessidade de o Ministério da Saúde definir a  
1421 Política de AIDS para as mulheres, considerando que as ações eram voltadas prioritariamente a  
1422 setores específicos e prevenção vertical. A propósito, propôs a participação do GT/AIDS do CNS no  
1423 processo de elaboração de proposta de seminário para discutir a Política de AIDS do Ministério da  
1424 Saúde para as mulheres. Sugeriu também que o CNS aprofundasse o debate sobre o processo de  
1425 descentralização, bem como as suas consequências, a exemplo da desqualificação dos serviços  
1426 prestados na ponta em decorrência. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** falou sobre a campanha de  
1427 prevenção da AIDS e DSTs desenvolvido pela Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e  
1428 Farmacêuticas de São Paulo (FEQUIMFAR), por intermédio da Central Força Sindical. A propósito,  
1429 distribuiu o novo Manual da FEQUIMFAR que apresenta dicas de saúde para o trabalhador e sua  
1430 família em relação a doenças sexualmente transmissíveis. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** ressaltou  
1431 a importância de promover amplo debate sobre a base da Política Brasileira de Combate a AIDS,  
1432 considerando que o país pautava-se pelo princípio da prevenção, diferente da política americana que  
1433 tinha por base os princípios da abstinência sexual, postergação da iniciação da vida sexual, fidelidade,  
1434 e, em último caso, utilização de preservativos. Em respostas às intervenções, o Coordenador da Área  
1435 de DST/AIDS do Ministério da Saúde, **Alexandre Granjeiro**, informou que as estimativas sobre a  
1436 epidemia resultavam de estudo que, em virtude do alto custo, era realizado a cada dois anos. Disse que  
1437 novas estimativas estavam em processo de conclusão e, provavelmente, apontariam o número de 660  
1438 a 720 mil de pessoas vivendo com HIV. Reconheceu a importância de ampliar o debate sobre o  
1439 processo de descentralização e suas consequências, com a participação do CONASS e CONASEMS.  
1440 A propósito, ressaltou o avanço no que diz respeito à sistemática de pactuação e definição de  
1441 atribuições entre as três esferas de governo, contudo, reconheceu que seria necessário avançar em  
1442 relação aos aspectos de implementação da descentralização. Além disso, enfatizou a importância de  
1443 definir instrumentos de avaliação e monitoramento capazes de antecipar os problemas decorrentes da  
1444 descentralização e desenvolver mecanismos de suporte e “de socorro” a estados e municípios.  
1445 Explicou que o Ministério da Saúde recentralizou a compra do insumo CD4 e carga viral, entretanto, a  
1446 gestão dos serviços ainda era de responsabilidade de estado e municípios. Sobre a “desqualificação  
1447 dos serviços”, disse que, ao iniciar o processo de descentralização, houve um abrandamento do quadro  
1448 clínico da AIDS, com isso, os gestores não mantiveram os investimentos na área de serviços,  
1449 resultando no estrangulamento do setor. Frente a esse quadro, lembrou que o Ministério da Saúde iria  
1450 disponibilizar R\$ 10 milhões a estados e municípios, visando investimento em infra-estrutura e  
1451 requalificação dos serviços. Ressaltou que 52% dos recursos da Política de Incentivo deveria ser  
1452 aplicado em ações de promoção e fortalecimento institucional. Enfatizou que a política do Ministério da  
1453 Saúde em relação a doenças sexualmente transmissíveis era voltada a práticas de atos seguros, com  
1454 ênfase na promoção do uso do preservativo. Reconheceu a importância da estratégia de papel de filtro  
1455 no diagnóstico da AIDS e, a propósito, informou que o Ministério da Saúde estava validando a proposta  
1456 e definindo política para sua ampliação. Explicou que o Ministério da Saúde possuía política de AIDS  
1457 para mulheres e, nessa linha, ressaltou a importância de ampliar o debate sobre o tema, com a  
1458 participação do CNS. Além disso, cumprimentou a Federação dos Trabalhadores nas Indústrias  
1459 Químicas e Farmacêuticas de São Paulo (FEQUIMFAR) pelas campanhas de prevenção da AIDS e  
1460 DSTs. Por fim, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição para prestar maiores  
1461 esclarecimentos. **ITEM 08 – TRIPARTITE** – O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite,  
1462 **Cipriano Maia Vasconcelos**, apresentou informe sobre as quatro reuniões da Comissão Intergestores  
1463 Tripartite (CIT), realizadas no ano de 2004, destacando, em especial, os principais temas discutidos e  
1464 pactuados, sendo: **1) Homologação:** **a)** situação das habilitações de municípios - a partir da  
1465 competência junho de 2004 estarão habilitados conforme a NOAS, 1707 municípios em gestão plena  
1466 de atenção básica ampliada e 203 municípios em gestão plena de sistema municipal; **b)** situação das  
1467 habilitações de estados – estão habilitados conforme a NOAS e recebendo os recursos do Fundo  
1468 Nacional de Saúde, 23 estados; os Estados do Pernambuco, Maranhão, Tocantins e Espírito Santo  
1469 estão se organizando para a habilitação; **2) Temas de pactuação:** **a)** reorganização da CIT; **b)** diretrizes  
1470 para a Política Nacional de Saúde Bucal – a CIT aprovou o mérito da proposta e o Grupo de Trabalho



continuar a discussão do financiamento do custeio e da cobertura populacional dos Centros; **c)** PROESF - remanejamento do saldo dos recursos do Programa – utilização de recursos PROESF na intensificação de ações de qualificação da atenção a mulher e ao recém nascido propostas pelo “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”. Os recursos financeiros são provenientes dos recursos de 18 municípios que optaram por não aderir ao PROESF, totalizando um montante de US\$ 10 milhões, que estão previstos no Componente 1 do Proesf; **d)** Diretrizes para atenção à saúde dos adolescentes atendidos em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, com o objetivo de garantir e promover a atenção integral à saúde do adolescente privado de liberdade, indo ao encontro com suas necessidades sociais e singularidades; cumprir a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente; organizar os serviços de saúde dentro dos princípios do SUS – a CIT aprovou as diretrizes; **e)** Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que tem por objetivo articular ações de governo e da sociedade civil, envolvendo diferentes atores sociais na qualificação da atenção a mulheres e recém-nascidos, visando a redução da mortalidade materna e neonatal – a CIT aprovou a proposta; **f)** Incentivo do Programa de Saúde da Família para pequenos municípios – a partir da competência maio: atualização da base populacional dos municípios (IBGE 2003); e reajuste nos valores dos incentivos financeiros do PACS (custeio e adicional – 13º repasse). A partir da competência julho, deverá ser implantado o incentivo à equidade em saúde cujo objetivo é ampliar o acesso à saúde de populações em situação de desigualdade social, por meio da estratégia Saúde da Família, considerando as diversidades regionais e utilizando uma política de financiamento apoiada no princípio da equidade - a CIT aprovou as mudanças propostas no financiamento da atenção básica; **g)** pequenos hospitais – a proposta de mudanças no financiamento e na contratualização dos hospitais de pequeno porte está inserida na Reforma da Atenção Hospitalar que propõe a redefinição do Modelo Assistencial, o redesenho do modelo organizativo, a reforma do modelo de gestão, a reconstrução do relacionamento com o SUS, a reorientação do Ensino e da Pesquisa e a revisão dos mecanismos de financiamento; **h)** Políticas de alta complexidade: assistência em traumatologia-ortopedia, atenção ao portador de doença renal, atenção cardiovascular; **i)** Revisão da Portaria/GM nº 1399/99; **j)** descentralização dos exames CD 4 e CD8 e carga viral de HIV, estabelecendo novo processo de responsabilidade entre os municípios, estados e União; **k)** Alocação de recursos – apresentação de quadro com levantamento de um conjunto de medidas do Ministério da Saúde para alocação de recursos a partir de programas, projetos e correção da Tabela de procedimentos, bem como a projeção do impacto nos 12 meses de 2004 – a CIT aprovou a proposta com destaques, dentre eles, redefinição de mecanismos de alocação de recursos para estados e municípios com vistas à definição de nova diretriz de alocação; **l)** Fluxo dos recursos de estados e municípios aos fóruns de pactuação e de deliberação – apresentação de minuta de Portaria com o detalhamento do fluxo para os recursos aos fóruns de pactuação e deliberação – o assunto retornou para o GT de Gestão para nova discussão pois o CONASS e o CONASEMS sugeriram mudanças e será retomado na próxima reunião da Tripartite; **m)** abordagem e tratamento do tabagismo na Rede SUS – Portaria propõe a ampliação do acesso ao tratamento do tabagismo na atenção básica e média complexidade; a definição da abordagem e do tratamento do tabagismo; a disponibilização dos materiais de apoio e medicamentos pelo MS; a regulamentação dos aspectos operacionais pela SAS e a revogação da Portaria nº 1.575/02 – a Portaria apresentada foi pactuada e o GT de Atenção à Saúde continuará discutindo os detalhes operacionais da Portaria que a SAS irá elaborar; e **n)** financiamento dos procedimentos cirúrgicos de média complexidade, que possui como objetivos: identificar a demanda reprimida e reduzir as filas de espera por procedimentos cirúrgicos eletivos, possibilitando a organização local do sistema e a ampliação, se necessário, da oferta destes serviços; organizar os fluxos de referência e contra referência para procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, estabelecendo saldo organizativo da rede; e dar autonomia ao gestor local e estadual para definição dos procedimentos cirúrgicos eletivos a serem realizados com recursos extra teto, co-responsabilizando-os pelo controle e avaliação da execução destes procedimentos - não houve pactuação e o assunto retornou para o GT de Atenção à Saúde para ser discutido na próxima CIT. Por fim, o Coordenador da CIT informou que a próxima reunião da Tripartite ocorreria no dia 17 de junho de 2004. Além disso, ressaltou a importância de pautar debate sobre relação do Conselho com a Tripartite e a Bipartite. Conselheira **Gyselle Saddi Tannous** enfatizou a importância de melhor articulação do Controle Social com a Tripartite, visando, entre outros aspectos, discutir a não implementação de programas descentralizados por falta de comprometimento dos gestores estaduais e municipais. A propósito, sugeriu que fosse agendada reunião conjunta do CNS e da Tripartite para discutir a descentralização dos programas federais. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** chamou a atenção para o fato de as resoluções do Controle Social não serem consideradas no processo de pactuação. A propósito, disse que seria necessária uma discussão por parte do Ministério da Saúde sobre a operacionalização das deliberações das instâncias de Controle Social. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que em reunião realizada no dia 27 de abril de 2004 com representantes do Ministério da Saúde, da Tripartite e

do CNS foi acordado, entre outros aspectos, que as pautas do Ministério da Saúde seriam organizadas de forma a serem apreciadas primeiro pelo CNS e, em seguida, pela Tripartite. Disse que, apesar do acordo, não foi possível seguir a metodologia para as reuniões de maio e junho de 2004, contudo, a CCG tentaria organizar as pautas de discussão das próximas reuniões do CNS a partir dessa metodologia. Além disso, sugeriu que o GT de Normatização do CNS se reunisse no mês de junho para discutir temas como a descentralização; controle, avaliação e monitoramento do SUS; e avaliação de recursos. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** propôs que fosse pautado debate sobre a dificuldade enfrentada por cidades menores na atenção básica no que diz respeito à pactuação de serviços. O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, **Cipriano Maia Vasconcelos**, ressaltou que o modelo de alocação de recursos (normatização, habilitação, PPI) teve papel importante na organização do arcabouço institucional do SUS, no entanto, mostrava-se esgotado em muitos aspectos. A propósito, disse que a proposta do Ministério da Saúde era substituir o modelo de alocação de recursos com base em procedimentos por uma alocação com base nas necessidades verificadas, capacidade de oferta e recursos disponíveis. Além disso, ressaltou que o Ministério da Saúde estava revendo a normatização, com definição das responsabilidades dos três entes federados. Ressaltou que a CIT e as CIBs eram instâncias criadas com o objetivo de pactuar acordo entre gestores para implementação de propostas e projetos, assim, não tinha capacidade de fazer cumprir determinadas questões do SUS, considerando que era necessário acordo. Nessa linha, destacou que estava em debate novo pacto de gestão, com redefinição de responsabilidades e compromissos e definição de mecanismos para avaliá-lo. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, agradeceu o Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, **Cipriano Maia Vasconcelos**, pelo informe e informou que a CCG, ao definir a pauta da próxima reunião do CNS, reservaria espaço para apresentação do informe da CIT e tentaria pautar as questões que seriam discutidas na Comissão. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** aproveitou a oportunidade para pedir esclarecimentos à Secretaria-Executiva do CNS sobre os crachás dos Conselheiros, o decreto que iria propor ajuda de custo para os Conselheiros e os encaminhamentos da Plenária de Conselhos previstos para o mês de junho de 2004. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que a exposição de motivos do decreto estava em fase de elaboração e os crachás, provavelmente, seriam distribuídos na próxima reunião. A propósito da Plenária de Conselhos, ressaltou que seria necessário concluir o relatório e divulgá-lo.

**ITENS EXTRA PAUTA: I. APROVAÇÃO DE ATAS** – a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, colocou em votação as Atas da 139ª Reunião Ordinária, da 140ª Reunião Ordinária, da 141ª Reunião Ordinária e da 142ª Reunião Ordinária. **Não havendo destaques, as Atas foram aprovadas com uma abstenção.** **II. INFORME SOBRE A CHAMADA “OPERAÇÃO VAMPIRO”** – O Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Gastão Wagner**, compareceu à reunião do CNS para prestar esclarecimentos ao Colegiado sobre a “Operação Vampiro”, deflagrada pela Polícia Federal com o objetivo de investigar irregularidades no processo de licitação de hemoderivados. Conforme solicitação do Colegiado, a fala do Secretário-Executivo consta, na íntegra, em ata. Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Gastão Wagner** – “Bom-dia Conselheiros e Conselheiras. Creio que o Ministro já apresentou ao Conselho informe sobre a chamada “Operação Vampiro” e acredito que os conselheiros têm acompanhado as notícias pela imprensa. Farei um breve resumo sobre o caso para que possamos ouvir os Conselheiros, prestar esclarecimentos e construir proposta de atuação. O Governo do Presidente **Lula** tem como importante diretriz o combate à corrupção, à lavagem de dinheiro e ao crime organizado, tanto no espaço público quanto no privado. Ao contrário do raciocínio simplista, embora parcialmente verdadeiro, que atribui o grau de criminalidade e corrupção existente no Brasil apenas ou, principalmente, a miséria ou a má distribuição de renda – um dos fatores que criam um exército reserva para o narcotráfico e para uma série de formas violentas – o crime vai além disso. O crime está muito ligado à idéia de privatização do Estado, uma prática antiga das elites brasileira que acreditam que o Estado deve estar a serviço de grupos privados e particulares. Isso vem acontecendo de várias formas, ao longo da história brasileira. Dentro desse contexto, sob a coordenação do Ministério da Justiça, com apoio e estímulo do Presidente **Lula**, tem sido desencadeada uma série de ações contra a lavagem de dinheiro, fraudes na Previdência Social, entre outras. Desde março de 2003, em função de uma licitação de hemoderivados, havia fortes evidências de fraude e formação de cartel entre empresas para impor preços nas concorrências e licitações. O Ministério Público brasileiro vinha acompanhando o problema de formação de cartel e corrupção no SUS há vários anos. O Ministro da Saúde se propôs a colaborar com o Ministério Público e encaminhou as denúncias à Polícia Federal. Posteriormente, em setembro de 2003, voltamos a receber uma série de denúncias de tráfico de influências e vazamento de informação sigilosa, que foram também encaminhados à Polícia Federal, inclusive, com alguns nomes de lobistas que agora estão presos. A Polícia Federal desencadeou uma operação bastante sigilosa que resultou na descoberta de rede de corrupção, verdadeira linha de produção de técnica de marketing, de técnica gerencial que começa nas empresas. Há uma série de conhecidas empresas da indústria farmacêutica que recrutam e nomeiam representantes que induzem e corrompem funcionários

do Ministério da Saúde. Essa rede é composta por lobistas intermediários, profissionais que trabalham no ramo há muitos anos, com a conivência de funcionários corruptos do Ministério da Saúde, alguns de carreira e outros de confiança. Essa rede moderna não busca mais se apropriar de dinheiro dos cofres públicos, desviar medicamentos; trabalha na linha do superfaturamento, nas compras e licitações. A capacidade de aliciamento e corrupção dessa rede é muito grande. Todos têm acompanhado as notícias pela imprensa. O representante oficial da Baxter é um dos suspeitos que está com a prisão decretada novamente. Ele ficou preso vários dias. O representante não apenas recrutou funcionários para entrar com ações contra o Ministério da Saúde, mas também financiou e pagou representantes de associações de usuários. É uma rede que tenta usar a construção que fizemos do SUS na área pública, na área de usuários, em função de interesses particulares e, às vezes, com discursos moralizantes, de direitos etc. Dentre as pessoas envolvidas há alguns servidores que foram nomeados para cargos de confiança. O Presidente **Lula**, o Ministro da Justiça, o Ministro Interino e eu, fomos comunicados pela Polícia Federal do resultado da operação após o desencadeamento da mesma, nem o Presidente da República sabia quem estava envolvido no esquema e quem tinha sido preso. A Polícia Federal armou um sistema de vigilância, de gravação de conversas telefônicas, com autorização judicial. Vários lobistas foram acompanhados durante seis a oito meses. A partir disso, acumulou-se material bastante substancial que forma a base do processo. Há evidências materiais concretas contra algumas pessoas envolvidas. Algumas delas foram presas. Além disso, foram solicitados indiciamentos, primeiramente com a prisão temporária e atualmente com a prisão preventiva. Há também uma série de pessoas que não foram presas, mas estão com indiciamento indicado. Depois de mandado de busca e apreensão, os bens e as contas bancárias foram bloqueados. Quando fomos informados dos fatos, o Presidente orientou os Ministérios da Justiça e da Saúde para que fossem tomadas as providências políticas e administrativas necessárias, sem cometer injustiças, e que fosse dada a maior transparência possível aos fatos, independente de quem estivesse envolvido. No mesmo dia em que recebemos a notícia da operação exoneramos todos os cargos de confiança envolvidos, ainda que o julgamento não tivesse ocorrido. As 25 pessoas afastadas do Ministério estavam envolvidas em algum tipo de evidência de indiciamento e provas acumuladas. Tomamos essas medidas e tratamos de aperfeiçoá-las ao longo desses dez dias. Fizemos intervenção na área de compras e financeira do Ministério. As 25 pessoas exoneradas eram chefes da área de compras e logística. Adotamos medidas para tornar obrigatória e universal a adoção do sistema de pregão presencial ou eletrônico para todas as compras da área de Saúde. O sistema de pregão presencial é como um leilão invertido: divulgamos o objeto da licitação antecipadamente, as pessoas se inscrevem e participam do leilão. O pregão eletrônico é mais transparente ainda porque é todo feito via Internet. Empresas que não têm representantes em Brasília podem inscrever-se e participar, além disso, podem estar cadastradas no Ministério sem ter que refazer o cadastramento. Estamos implementando essa ação junto com o Ministério do Planejamento e adotando essa estratégia para todos os órgãos do Ministério. O Ministro assinou Portaria tornando rotativo o cargo nas comissões de licitação. Os funcionários poderão ficar, no máximo, de seis meses a um ano na comissão. Criamos uma comissão de auditoria interna no Ministério para analisar todos os processos de compra porque há evidências de que houve problemas não apenas em hemoderivados. Nós já encontramos sinais de superfaturamento na compra de insulinas e indícios de formação de cartel. Havia uma orientação do Secretária Executiva Técnica e da Assessoria Jurídica para fazer a licitação internacional. O grupo da logística fez a licitação nacional e possui fornecedor só pagando preço acima do mercado. Há também evidências de fraude em licitações de preservativos. Assim, anulamos a última licitação. Havia uma verdadeira guerra interna no Ministério. Nós anulamos 22 das 26 licitações das compras emergenciais das enchentes, fora do grupo da logística. Não sabíamos que havia uma quadrilha montada, mas percebia-se que havia problemas de superfaturamento. Estamos tomando uma série de medidas. A investigação policial continua e vamos continuar o processo. O Governo tomou a decisão de, além de perseguir os culpados, fornecer provas e apoiar o Ministério Público e a Polícia Federal. Estamos levantando evidências para entrar com pedido de indenização civil contra as empresas envolvidas. Solicitaremos o recurso desviado de volta, tanto das empresas de hemoderivados quanto de insulinas. Há uma secretaria do Ministério da Justiça encarregada de tratar da questão. Tudo será feito com informações que estamos levantando. O Governo vai abrir uma série de ações judiciais e, caso seja comprovada carterização, monopolização ou superfaturamento, tentaremos repor os recursos. Também solicitamos auditoria à Controladoria Geral da União de todos os processos de compra realizados não apenas da gestão atual, mas nos cinco anos anteriores, não só de hemoderivados. O Ministro **Valdir Pires** colocou uma equipe de vinte pessoas (analistas, contabilistas, economistas e técnicos) que, em apoio à auditoria interna, estão realizando análise aprofundada no sistema. Nós temos a preocupação de que a mudança de pessoal, as intervenções, as mudanças administrativas não impliquem na interrupção do funcionamento. Para isso, já retomamos as compras. Estamos realizando nova licitação internacional. Fizemos a recomposição do nosso estoque para as áreas prioritárias, de prevenção de DST, AIDS, empréstimos de estados e outros, com apoio de

várias instituições, inclusive, privadas. Mesmo com o pregão eletrônico nós levamos cerca de 45 dias entre realizar e receber os insumos. Estamos trabalhando para que não ocorra interrupção das compras de medicamentos e produtos e dos serviços. Creio que seja importante compartilhar informações com o Conselho Nacional da Saúde. Essa rede de corrupção, de superfaturamento atravessou vários governos e chegou ao atual. Nós levamos mais de um ano para desmontá-la. Temos grande preocupação no sentido de evitar a partidização, a culpabilização de pessoas sem evidências, seja de ex-governantes, governantes atuais ou funcionários. O processo está correndo em segredo de justiça, mas boa parte das gravações realizadas durante oito meses foi divulgada. Nas gravações são citadas pessoas, com tentativa de envolvimento. Essas citações não são provas de crimes, mas de que trabalhamos no Ministério da Saúde. O Ministro da Saúde fez questão de divulgar toda sua agenda na qual consta que ele recebeu alguns dos presos ao longo do ano passado e desse ano, mas como representantes oficiais de empresas. Um dos representantes presos apresentou-se com o representante oficial da Baxter para falar com o Ministro. Eles não se apresentaram como fraudadores ou lobistas. A agenda do Ministro da Saúde é pública. Precisamos ser firmes e, ao mesmo tempo, não pré-julgar ninguém, pois se trata de uma situação bastante delicada. Temos tido a preocupação de tomar uma série de deliberações importantes e creio que temos nos conduzido de forma firme e imparcial. Estamos fornecendo informação, inclusive, de pessoas que ocuparam cargo de confiança do atual Governo. Na medida que as informações começaram a ser divulgadas em pequenas porções à imprensa, a possibilidade de partidização e uso político das notícias aumentaram bastante. A partidização não é interessante para ninguém já que o nosso objetivo é defender o recurso público e moralizar as instituições públicas. Creio que esse momento de debate com o Conselho é importante, pois nos possibilitar refletir. Temos muito orgulho do Sistema Único de Saúde, do sistema de gestão que criamos com o controle social descentralizado e pactuação entre os gestores. Apesar de tudo, teremos que fazer mais, pois não foi suficiente. Estamos tomando as medidas cabíveis no âmbito da gestão federal para dificultar a ação da cadeia de corrupção. Creio que todos aqui estão fazendo uma reflexão sobre o papel do controle social. Como o controle social pode dificultar a utilização privada, partidizada, lobista do recurso público? Como o controle social pode acompanhar o gestor de forma mais eficiente? Nós nos preocupamos, principalmente no Conselho Nacional de Saúde, com a macroeconomia da saúde, no entanto, teremos que nos preocupar com a microeconomia também, com atenção para os processos de compra, de licitação e execução do orçamento. Nós não podemos deixar tudo na mão do gestor. Precisamos ter apoio da sociedade civil para realizar o movimento de democratização da gestão. Acredito que esses fatos nos obrigam a refletir sobre o aperfeiçoamento do SUS. Esse cálculo de R\$ 2 bilhões foi uma estimativa feita pela imprensa a partir da queda do preço de hemoderivados no ano de 2003. A partir da mudança para realização de pregão eletrônico, de novo fracionamento, nós economizamos em torno de R\$ 300 milhões. Compramos a mesma quantidade de hemoderivados de 2002, sem mudar o preço internacional e, ainda assim, gastamos menos. Alguns especialistas da área de sangue afirmaram que isso ocorreu em virtude da queda do preço, no caso da engenharia genética. Isso não é verdade. A engenharia genética apareceu, mas verifica-se mudança de 42% no mercado internacional de preços...interrupção...pois o esquema vem desde o Governo Collor, mas não incluía o fator VIII ou IX, que começou a ser comprado em quantidade importante em 1997 e 1998. Apesar de ter sido evidenciado problemas no setor de hemoderivados, o grupo já atuava em outros setores. O pessoal de compras de DST/AIDS também estava envolvido. A Coordenadora foi presa e demitida do Ministério da Saúde. Há ramificações na ANVISA e alguns funcionários estão presos. Demitimos toda área de compra, de licitação e logística da ANVISA. Esse é o contexto que estamos vivenciando e atuando com firmeza. Ontem, o Presidente Lula voltou a conversar com o Ministro da Saúde para dizer que devemos manter o mesmo rumo, na linha que acabei de relatar. Essas são as considerações que gostaria de fazer. Estou à disposição para prestar esclarecimentos e discutir a questão.” Conselheira **Maria Luiza Jaeger** informou que as Notas do Ministério da Saúde em relação ao processo seriam encaminhadas aos endereços eletrônicos dos Conselheiros para que acompanhassem o processo. Conselheiro **Jouglas de Abreu Bezerra**, Presidente da Federação Brasileira de Hemofilia, manifestou o apoio da população hemofílica às medidas do Ministério da Saúde referentes a irregularidades no processo de licitação de hemoderivados. Informou que, ao contrário de notícia divulgada em jornal, não havia usuário envolvido nas irregularidades verificadas. Explicou que um pai de hemofílico, à época Vice-presidente da Federação Brasileira de Hemofilia, ajuizou ação em nome pessoal, atitude não foi aceita pela Federação que decidiu, por unanimidade, não reconduzi-lo ao cargo. Cumprimentou o Ministério da Saúde pela indicação do Doutor **João Paulo Araújo** para tratar das questões relativas aos hemofílicos. Por outro lado, mostrou preocupação com o fato de não ter sido realizada licitação para compra de hemoderivados e, nessa linha, perguntou quais seriam as medidas do Ministério da Saúde para evitar a falta de hemoderivados e outros insumos. Questionou, ainda, como seria feita a aplicação do montante de recursos resultante da diminuição dos gastos com a importação de hemoderivados. Por fim, pediu maiores esclarecimentos sobre a Hemobrás, em especial



no que diz respeito à compra de hemoderivados, em virtude o Brasil não possuir tecnologia necessária à sua produção. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**, em nome da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS), parabenizou o Ministério da Saúde pelas iniciativas transparentes na condução e enfrentamento das denúncias. Afirmou que a CNTSS apoiava as investigações e defendia a punição dos responsáveis pelo desvio e/ou má versação de recursos públicos. Por outro lado, disse que seria importante garantir a todos os funcionários citados no processo o direito da ampla defesa, conforme disposto em lei. Além disso, ressaltou a importância de o CNS acompanhar, além da execução orçamentária, os processos de compras e licitações do Ministério da Saúde. Conselheira **Maria Helena Baumgarten** manifestou o apoio da CONTAG às iniciativas do Ministério da Saúde em relação às denúncias de irregularidades no processo de licitação dos hemoderivados o que, na sua opinião, ilustrava o compromisso do governo com a moralização e democratização do país. Conselheira **Vera Lúcia M. Vita** sugeriu que representações de usuários participassem do acompanhamento do processo de licitação para compras de medicamentos e insumos do Ministério da Saúde. Conselheiro **Moisés Goldbaum**, em nome da Associação Brasileira de Pós-graduação e Saúde Coletiva (ABRASCO) e Sociedade Brasileira de Progresso da Ciência, associou-se às manifestações de apoio às iniciativas do Ministério da Saúde. Chamou a atenção para o processo de fortalecimento da democratização manifestado na posição dos representantes do Ministério da Saúde e de defesa dos interesses da sociedade brasileira, evitando a partidarização. Conselheiro **Jorge Nascimento Pereira** manifestou o apoio dos Movimentos Populares ao Ministério da Saúde no enfrentamento da situação. Além disso, enfatizou a necessidade do acompanhamento do processo de licitações do Ministério da Saúde, por parte das instâncias de Controle Social. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** também cumprimentou o Ministério da Saúde pelas iniciativas tomadas no enfrentamento do problema. Comentou sobre as medidas do Ministério da Saúde para controle e transparência, destacando em especial a criação de Comissão Permanente de Auditoria Interna para analisar os processos licitatórios realizados, considerando o indício de superfaturamento em outros setores. A propósito, sugeriu que a Comissão fosse composta de forma mista, garantindo-se a participação direta do Controle Social. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** manifestou o apoio da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS), da Central Única dos Trabalhadores e da Sociedade Civil Organizada ao Governo e reivindicou que o processo de investigação fosse estendido aos demais setores do Governo. Além disso, propôs que fosse elaborada nota manifestando o apoio do CNS ao Ministério da Saúde na apuração dos fatos. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** endossou a intervenção do Conselheiro **Francisco Batista Júnior** e destacou que a representação dos trabalhadores vinha há algum tempo denunciando irregularidades nos processos de licitações. Teceu comentários sobre os processos de licitações realizados no setor saúde, destacando que aqueles realizados nos estados e municípios também apresentavam irregularidades. Defendeu a realização de licitações públicas, o revezamento dos membros das comissões de licitações e a divulgação das licitações públicas de todos os setores. Além disso, ressaltou a importância de se manter a equipe de apuração das irregularidades até o final do processo de investigação. Por fim, solicitou que o Ministério da Saúde mantivesse o CNS informado de todas as medidas adotadas para apurar os fatos. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** registrou o apoio irrestrito da ACELBRA ao Governo no que diz respeito às iniciativas adotadas visando a apuração dos fatos. Por outro lado, sinalizou a falta de políticas do Ministério da Saúde voltadas à pessoa portadora de doença celíaca e, nessa linha, solicitou maior atenção do Governo. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** também manifestou o apoio da Confederação Nacional dos Moradores às iniciativas do Ministério da Saúde. Conselheira **Rosane Maria N. da Silva** registrou também o apoio do Fórum de Entidades dos Trabalhadores (FENTAS) às medidas do Ministério da Saúde para apuração das denúncias. Além disso, ressaltou a importância de divulgação das conclusões do processo na grande imprensa. Por solicitação, a fala do Conselheiro **André Luiz de Oliveira** consta, na íntegra, em Ata – “Gostaria de cumprimentar a Mesa e dizer que fui contemplado pelas falas que me antecederam. No entanto, gostaria de destacar alguns aspectos. Esse é um problema herdado e acredito que outros setores também estejam comprometidos. Logo, teremos de nos preparar para enfrentar tal situação. É necessário que as medidas adotadas sejam transparentes para que o Ministério da Saúde continue tendo o apoio da comunidade e da sociedade civil, que é muito importante. Em nome da CNBB e das Pastorais, manifesto apoio às medidas de controle e transparência adotadas. Acredito que a falta de assessoria da COFIN/CNS prejudicou o acompanhamento e monitoramento desse processo. Também gostaria de manifestar apoio à proposta de comissão de auditoria mista. Eu tenho apenas uma queixa, enquanto Conselheiro. Nós estávamos bastante apreensivos e desejávamos ouvir o Ministro da Saúde. Lamento que isso não tenha sido possível, em virtude de outros compromissos. É importante que o Ministro da Saúde saiba do apoio total e irrestrito do Conselho ao Ministério da Saúde. Era isso que eu gostaria de dizer.” Conselheiro **Gianni Franco Samaja** parabenizou o Ministério da Saúde, em nome da Confederação Nacional da Indústria (CNI), pelas iniciativas adotadas, ressaltando a necessidade de

que fosse o início de um processo de grande mudança. Chamou a atenção ainda para a necessidade de aprofundar a investigação para identificar e punir aqueles realmente responsáveis. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que seriam distribuídas aos Conselheiros as Notas encaminhadas à imprensa do Ministério da Saúde sobre a questão. O Representante do Ministério da Saúde, **João Paulo**, fez uso da palavra para agradecer as menções de apoio ao Ministério da Saúde e à sua pessoa e falar sobre a atenção do Ministério da Saúde com o abastecimento dos fatores de coagulação. Nessa linha, informou que nos próximos dias o Ministério da Saúde realizaria “pregão” para compra de 71 milhões de unidades de fator VIII. Além disso, afirmou que no final da semana o Ministério da Saúde receberia aproximadamente 18 milhões de unidades de fator VIII que seriam distribuídas no início da semana subsequente. Explicou que tais iniciativas garantiriam o abastecimento de concentrados de fator VIII até o mês de setembro de 2004 e o abastecimento se normalizaria com a licitação que seria realizada nos próximos 15 dias. Informou ainda que o Ministério da Saúde receberia aproximadamente 4 milhões de unidades de fator IX. Em relação à aplicabilidade dos recursos oriundos da diminuição dos custos com a importação de hemoderivados, explicou que se buscava aumentar a cota de unidades de fator/ano por hemofílico que passaria de 30 para até 40 mil unidades. Além disso, disse que estavam sendo concluídos os estudos de implantação da profilaxia primária para pacientes hemofílicos. Em relação a Hemobrás, explicou que o Ministro da Saúde editou Portaria convocando comissão para estudar a implantação da Hemobrás, visando a capacitação e incorporação de tecnologias. Conselheiro **Antônio Alves** manifestou satisfação com o apoio do Colegiado do CNS às medidas adotadas pelo Ministério da Saúde. Destacou a amplitude do esquema de corrupção que atingia outros setores e esferas de gestão. Nesse sentido, ressaltou a importância da participação do Conselho Nacional da Saúde e das entidades que o compõem na luta desencadeada pelo Ministério da Saúde. O Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Gastão Wagner**, agradeceu e ressaltou a importância das manifestações de apoio do Plenário do CNS às medidas adotadas pela gestão do Ministério da Saúde na apuração dos fatos. Reafirmou o compromisso do Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, com o CNS e justificou a sua ausência em virtude de negociações com as representações sindicais e debate sobre a EC nº 29. Ressaltou que os processos de compras realizados pelo Ministério da Saúde seriam divulgados na página do Ministério da Saúde, visando a universalização das informações. Enfatizou a importância da participação do Controle Social no debate de políticas do Ministério da Saúde e, nessa linha, endossou a proposta de incluir representante do Conselho na Comissão Permanente de Auditoria do Ministério da Saúde. Ressaltou que o Ministério da Saúde estava definindo projetos visando a melhoria do SUS e ampliação da sua capacidade de avaliação, controle e monitoramento das ações de saúde desenvolvidos em estados e municípios. Por fim, comprometeu-se a criar canal de negociação com a SAS em relação aos doentes celíacos. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** reafirmou a posição do Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, e do Presidente **Luiz Inácio Lula da Silva** de concluir a apuração dos fatos na esfera federal, bem como nos estados e municípios. Nesse sentido, informou que seria feita análise da situação dos medicamentos excepcionais adquiridos pelos estados, a fim de identificar problemas já existentes. Além disso, reforçou a importância da participação do Controle Social no processo. Por fim, assumiu o compromisso de manter os Conselheiros do CNS informados sobre o processo, com envio de notas e documentos editados pelo Ministério da Saúde. **A propósito do tema, o Plenário aprovou os seguintes encaminhamentos: 1) elaborar nota de apoio do CNS às ações do Ministério da Saúde no que diz respeito aos indícios de irregularidades no processo de compras (Responsáveis: Conselheiros Augusto Alves do Amorim, Alexandre de Oliveira Fraga e Francisco Batista Júnior) para ser encaminhada à imprensa; 2) apresentar ao Ministério da Saúde a proposta de compor a Comissão Permanente de Auditoria Interna de forma mista, garantindo-se a participação de representante do CNS; 3) definir forma de divulgação das informações sobre as licitações para compra de medicamentos e insumos, por parte do Ministério da Saúde; e 4) elaborar proposta de comissão permanente do CNS para acompanhamento e fiscalização do processo de compras e licitações do Ministério da Saúde para ser apresentada ao Plenário.** Definidos esses pontos, a Secretária-Executiva do CNS consultou o Plenário sobre o encaminhamento a ser dado em relação a Hemobrás, considerando que o Ministério da Saúde constituiria comissão para acompanhar a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** sugeriu que os Conselheiros retomassem o debate sobre a participação de representantes do CNS nas comissões do Ministério da Saúde e nessa discussão se tratasse da participação no GT a ser criado pelo Ministério da Saúde para acompanhamento da Hemobrás. Conselheira **Zilda Arns Neumann** chamou a atenção para a baixa execução orçamentária do Programa de Sangue e Hemoderivados, evidenciada no decorrer de vários anos. Nesse sentido, reforçou a necessidade de discutir a execução orçamentária do Ministério da Saúde, em especial dos programas com baixa execução orçamentária, garantindo-se a participação dos responsáveis por essas áreas. Além disso, ressaltou a importância de definição de plano de carreiras e salários para o Ministério da Saúde, o que na sua concepção, contribuiria para evitar a corrupção no funcionalismo público.

Conselheiro **Jouglas de Abreu Bezerra** informou que a Federação Brasileira de Hemofilia reivindicaria vaga na Comissão do Ministério da Saúde responsável por acompanhar a Política Nacional de Sangues e Hemoderivados. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu que fosse pautado debate sobre as auditorias do Ministério da Saúde em estados e municípios, com convite ao coordenador do processo de auditorias para participar da discussão. A proposta foi incluída como pontos pendentes a serem tratados nas próximas reuniões do CNS. Definido esse ponto, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, agradeceu ao Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Gastão Wagner**, pelos esclarecimentos prestados e encerrou a discussão do item. No segundo dia de reunião a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou a proposta de Nota de Apoio do CNS às ações do Ministério da Saúde no enfrentamento das irregularidades no processo de licitação de medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu a inclusão de trecho manifestando o apoio ao Ministério da Saúde na pessoa do Ministro **Humberto Sérgio Costa Lima**. Considerando o adendo, a Nota de Apoio foi aprovada por unanimidade. III. **INFORMES DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP/CNS)** – Conselheiro **Willian Saad Hossne** lembrou que o CNS, antes de iniciar o processo de elaboração das normas éticas de pesquisas com seres humanos, definiu áreas temáticas que, por sua complexidade e por não haver experiência no país, deveriam ser analisadas pelos comitês de éticas locais e pela CONEP/CNS, sendo: novos medicamentos, vacinas e insumos; projetos de cooperação estrangeira; reprodução humana; pesquisas com povos indígenas; biosegurança, projetos com novos procedimentos e genética humana. Ressaltou que, além da Resolução nº 196/96 (Diretrizes e Normas de Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos) a CONEP/CNS apresentou normas complementares para as áreas temáticas especiais de novos medicamentos, vacinas e insumos; projetos de cooperação estrangeira; reprodução humana; e pesquisas com povos indígenas. Explicou que, em virtude do crescimento do número de projetos com genética humana, a CONEP/CNS apresentou proposta de Resolução com diretrizes para análise ética e tramitação dos projetos de pesquisas da área temática de genética humana. Ressaltou que a minuta era resultado do trabalho da CONEP/CNS desenvolvido ao longo de um ano, de debate com geneticistas e consulta à Sociedade Brasileira de Genética e à Sociedade Brasileira de Genética Clínica. Propôs que os Conselheiros analisassem a minuta de Resolução para ser votada na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** perguntou sobre os resultados da audiência pública com o Deputado **Rafael Guerra** para discutir pesquisas envolvendo seres humanos que ocorreu no período da manhã, no Congresso Nacional. Além disso, manifestou preocupação com a possibilidade de se retirar a CONEP/CNS do âmbito do Conselho e incluí-la no Ministério de Ciência e Tecnologia. Conselheiro **Willian Saad Hossne** explicou que apresentou o trabalho da CONEP/CNS na audiência pública e defendeu a manutenção da Comissão no âmbito do CNS, sob a justificativa de que se trata de uma comissão do Controle Social. Ressaltou, ainda, que o Deputado **Rafael Guerra** assumiu o compromisso de não concluir a avaliação do Projeto sem discutir previamente com o Plenário do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que a minuta de Resolução sobre genética humana ficou sob consulta durante um mês na página CNS e recebeu sugestões. A propósito, sugeriu que os Conselheiros tomassem conhecimento da minuta e apresentassem contribuições, para ser submetida à votação na próxima reunião do CNS. Ressaltou que a CONEP/CNS era uma Comissão ligada ao CNS, entretanto, sugeriu que fosse feita solicitação ao Ministério da Saúde de posicionamento oficial sobre a questão. Conselheira **Noemy Yamaguishi Tomita** explicou que o Deputado **Rafael Guerra**, relator do Projeto de Lei nº 3473/03, de autoria do Deputado **Colbert Martins**, que trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos, assumiu o compromisso de realizar outras audiências para ouvir as posições de outros setores sobre o tema. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** solicitou à Secretaria-Executiva do CNS que requeresse à *TV Senado* cópia da fita da audiência pública sobre a utilização de células-tronco para fins terapêuticos, realizada no dia anterior, para disponibilizar às entidades que compõem o CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, ressaltou que deveria ser pautado debate no Conselho sobre o papel do Controle Social e do Estado nas pesquisas com seres humanos. **ENCERRAMENTO:** Nada mais havendo a tratar, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os trabalhos da 143ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: *Aos dois dias do mês de junho do ano de dois mil e quatro:* **Alexandre de Oliveira Fraga, André Luiz de Oliveira, Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Clóvis A. Bouffleur, Crescêncio Antunes da S. Neto, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Geraldo Adão Santos, Gerônimo Paludo, Gianni Franco Samaja, Gilca Starling Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, Irineu Messias de Araújo, João Donizeti Scaboli, Jorge Nascimento Pereira, Jouglas de Abreu Bezerra, Luiz Alberto Silva, Maria Eugênia C. Cury, Maria Helena Baumgarten, Maria Irene M. Magalhães, Maria Natividade G. S. T. Santana, Maria Thereza M. C. de Rezende, Mario César Scheffer, Moisés Goldbaum, Neide Regina C. Barriguelli, Nildes de Oliveira Andrade, Noemy Yamaguishi Tomita, Paulo César A. de Sousa, Rosane Maria N. da**

1898 Silva, Rozângela Fernandes Camapum, Sérgio Ricardo G. M. Barreto, Silvia Marques Dantas, Solange  
 1899 Gonçalves Belchior, Vera Lúcia M. Vita, Volmir Raimondi, Wander Geraldo da Silva, Willian Saad  
 1900 Hossne e Zilda Arns Neumann. *Aos três dias do mês de junho do ano de dois mil e quatro: Alexandre*  
 1901 *de Oliveira Fraga, André Luiz de Oliveira, Antônio Alves de Souza, Augusto Alves do Amorim, Carlos*  
 1902 *Alberto E. Duarte, Clóvis A. Bouffleur, Crescêncio Antunes da S. Neto, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz*  
 1903 *Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Gianni Franco Samaja, Gysélle Saddi*  
 1904 *Tannous, João Donizeti Scaboli, Jorge Nascimento Pereira, Jougla de Abreu Bezerra, Luiz Alberto*  
 1905 *Silva, Maria Helena Baumgarten, Maria Irene M. Magalhães, Maria Luiza Jaeger, Maria Natividade G.*  
 1906 *S. T. Santana, Maria Thereza M. C. de Rezende, Moisés Goldbaum, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo*  
 1907 *César A. de Sousa, Paulo Gadelha, Rosane Maria N. da Silva, Rozângela Fernandes Camapum, Silvia*  
 1908 *Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Vera Lúcia M. Vita, Volmir Raimondi, Willian Saad*  
 1909 *Hossne e Zilda Arns Neumann.*