



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

ATA DA CENTÉSIMA QUADRAGÉSIMA QUINTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

ITEM 1 – ABERTURA – Aos quatro e cinco dias do mês de agosto do ano de dois mil e quatro, no Auditório Emílio Ribas, Ministério da Saúde, Edifício Sede, Térreo, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Quadragésima Quinta Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde – CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, procedeu à abertura dos trabalhos cumprimentando os Conselheiros e demais presentes. Em seguida, submeteu à apreciação do Plenário a pauta da reunião que seria voltada, em especial, à discussão do Plano Nacional de Saúde e da Proposta Orçamentária 2005 do Ministério da Saúde. O Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, participou da abertura dos trabalhos da reunião, dirigindo-se ao Plenário do CNS nos seguintes termos: “Bom dia a todos e todas. Eu gostaria de dar as boas-vindas, em nome do Ministério da Saúde, a todos os presentes à reunião, que é muito importante e, até mesmo, histórica. Nós vamos concluir hoje o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde. O nosso objetivo é que o Plano Nacional de Saúde seja, de fato, uma referência importante para a construção do Sistema Único de Saúde no nosso país. O Plano foi objeto de ampla discussão. O Conselho Nacional de Saúde realizou seminário para aprofundar o debate sobre os seus diversos temas e o Ministério da Saúde fez oficinas com Secretários Estaduais, Municipais, entre outros. Nós queremos que o Plano seja um documento político e de referência para o processo de construção e que as metas estabelecidas sejam permanentemente acompanhadas, monitoradas, avaliadas, revistas e, principalmente, implementadas. Nós estamos discutindo e vamos apresentar ao Conselho, em breve, uma proposta de monitoramento, avaliação e controle da aplicação dos recursos do SUS, que vai resultar em um processo de monitoramento adequado ao processo de descentralização. Nós já tivemos a oportunidade de ressaltar várias vezes que o processo de descentralização representou um avanço significativo, mas não foi acompanhado de mecanismos que nos permitissem verificar a adequada aplicação dos recursos e a conquista das metas estabelecidas. A nossa idéia é que os Planos de Saúde Municipais e Estaduais passem a ser a referência para esse acompanhamento, ou seja, devemos estabelecer que as metas acordadas venham, de fato, a ser cumpridas e que os planos não sejam apenas documentos formais necessários para cumprir uma formalidade, para assumir determinada condição na gestão ou fazer um novo pacto dentro do estado. Estamos propondo isso para estados e municípios, logo, é justo que comecemos pelo Plano Nacional de Saúde, cumprindo esse objetivo e esse papel. Desse modo, o Plano deve ser um instrumento político e não uma formalidade que estamos obrigados a cumprir por força da lei. É possível que tenhamos imperfeições ou lacunas em relação a alguns temas apresentados, todavia, ressalto que se trata de uma construção permanente e o Plano poderá ser avaliado regularmente para adaptação das metas e revisão dos princípios. Essa é a primeira questão que gostaria de tratar. Em segundo lugar, gostaria de falar sobre a proposta de Orçamento para 2005. Eu já tive a oportunidade de colocar para o Conselho Nacional de Saúde que o Governo assumiu a posição de manter e preservar para o ano de 2005 o que preceitua a Emenda Constitucional hoje. A Emenda prevê que no ano de 2004 haverá um processo de regulamentação. Assim, há projetos no Congresso Nacional para a regulamentação definitiva. Por outro lado, a Emenda prevê que, em não havendo regulamentação, prevalece o mesmo critério. O entendimento do Governo é que, por ser uma discussão que exige importante nível de aprofundamento, com participação da sociedade civil, deveria ser preservado para 2005 o que está proposto na Emenda. Com isso, não haveria perdas, mas sim ganhos em relação ao Orçamento de 2005. Nós vamos defender essa posição no Congresso Nacional. A Comissão de Seguridade Social está em condições de votar uma proposta e eu solicitarei a presença da Câmara dos Deputados na Comissão para defender essa visão. Nós devemos deixar a Emenda nos moldes atuais e fazer a discussão sobre a sua regulamentação permanente no final desse ano ou no início de 2005. É importante definir o que são gastos com ações e serviços de saúde. Isso seria algo que, no momento, nos ajudaria mais do que simplesmente discutir a regulamentação da Emenda no que diz respeito à vinculação. Há estados e municípios que continuam não cumprindo a Emenda Constitucional nº 29 ou fazem um “cumprimento artificial” incluindo, nas despesas da saúde, ações que não correspondem, de fato, a ações de saúde, a exemplo do pagamento de aposentadorias, do pagamento de planos de

saúde de funcionários públicos, entre outros. Além disso, como é do conhecimento dos senhores, nós incluímos no Orçamento de 2004 os recursos para a conclusão do cumprimento da Emenda em 2003. Ao longo de 2003, nós tivemos uma diferença de aproximadamente R\$ 590 milhões por conta dos cálculos do crescimento do PIB serem feitos várias vezes no decorrer do ano e corrigidos. É importante destacar, também, que a base para o cálculo do cumprimento da Emenda em 2005 foi feita como se nós não tivéssemos tido aquela previsão a menos por conta de o PIB ter sido negativo no ano passado. Isso corresponde a aproximadamente R\$ 500 milhões. Desse modo, nós partimos de uma base de R\$ 500 milhões a mais daquela que realmente deveria ser levada em conta pelo fato de o PIB ter tido uma redução de 0,2%. Isso nos leva ao orçamento final de R\$ 39.567.417.000. Retirando desse total a folha de pagamento do pessoal ativo, pessoal inativo e serviços e encargos da dívida – que inclusive foi reduzido em relação ao que está sendo pago em 2004 – nós ficamos com o orçamento de outros custeios e capital de R\$ 31.856.700.000 para 2005. Todas as áreas tiveram um crescimento orçamentário, algumas com maior expressão, considerando as prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Por exemplo, o orçamento para Atendimento Hospitalar/Ambulatorial (MAC) foi de R\$ 14,6 bilhões para R\$ 15,5 bilhões, representando um crescimento de 5,99%. Vários pontos que estavam incluídos no MAC foram separados, até mesmo, para estabelecer prioridades. O PAB-Fixo terá um crescimento de 9,7%; e o PAB-Saúde da Família um crescimento de 16,76% para que possamos cumprir a meta de mais 25% de equipes implantadas e chegarmos a 100% no final do último ano em relação ao final de 2002. O PAB para Doenças Transmissíveis terá um crescimento de 7,13%; e o PAB-Vigilância Sanitária, 9,75%. Os Medicamentos para DST/AIDS terão um crescimento de 6,59% e os Medicamentos Excepcionais um crescimento de 25,95%. Nesse ponto, é importante lembrar que, no final de 2002, eram gastos R\$ 440 milhões/ano com medicamentos excepcionais. Em 2003, esse valor foi para R\$ 516 milhões. Para 2004, o orçamento é de R\$ 763 milhões e para 2005 será de R\$ 961 milhões. Portanto, esse é um dos itens com maior crescimento orçamentário. Eu gostaria de propor que o Conselho promovesse amplo debate sobre os critérios para a concessão dos medicamentos excepcionais. Daqui a pouco, eu irei me reunir com o CONASS para discutir, novamente, esse tema que tem levado estados e municípios a uma situação extremamente complicada. Os medicamentos estratégicos terão um crescimento de 17,71%. Aqui nós incluiremos os medicamentos para tratamento de hipertensão, diabetes, asma e métodos contraceptivos – na perspectiva de os medicamentos contraceptivos serem disponibilizados pelo SUS. A Farmácia Básica terá um incremento de 4,66%. O nosso entendimento é de que, ao garantir os medicamentos para hipertensão, diabetes, asma e métodos contraceptivos, nós iremos desonerar recursos do município que poderão ser utilizados na aquisição de outros medicamentos. Portanto, esse será um aumento indireto da Farmácia Básica para os municípios. As vacinas e vacinação terão um incremento de 15,84%. Aqui, nós incluiremos mais uma vacina nas campanhas de vacinação. O grupo Pioneiras Sociais, que consiste na rede SARA, terá um incremento de 7,41%. Nesse ponto, é importante ressaltar que nós estamos construindo um processo de integração com a Rede SARA. Isso é muito importante do ponto de vista estratégico. Os Hospitais Próprios terão um incremento de 15,52%, incluindo os investimentos. O Programa Bolsa-alimentação terá um aumento de 37,24%. Na verdade, nós teríamos um número bastante expressivo de famílias que poderiam entrar no Programa. Estamos passando de R\$ 800 milhões em 2004 para R\$ 1,1 bilhão em 2005, a partir dos critérios de eleição do Ministério da Saúde. O orçamento do Saneamento Básico passará de R\$ 560 milhões em 2004 para R\$ 700 milhões, correspondendo ao crescimento de 24,87%. No ano de 2004, nós definimos, junto com o Ministério das Cidades, uma política de esgotamento sanitário, abastecimento de água e melhoria sanitária doméstica para as grandes regiões metropolitanas com projetos definidos mediante critérios técnicos e diversos indicadores. Desses R\$ 700 milhões, aproximadamente, R\$ 180 milhões serão destinados a esse programa. Para a Farmácia Popular do Brasil nós estamos prevendo um orçamento de R\$ 350 milhões, no entanto, como é de conhecimento de todos, o orçamento da Farmácia Popular está fora do cálculo da Emenda Constitucional nº 29. Nós estamos concluindo a negociação com os Ministérios da Fazenda e do Planejamento. O Projeto QUALISUS terá R\$ 30 milhões que seria a primeira contrapartida do financiamento internacional que estamos solicitando no valor de U\$ 1 bilhão para seis anos. Provavelmente, a nossa contrapartida, em 2005, será de R\$ 30 milhões. Nós separamos a parte de investimento do QUALISUS. A nossa proposta de investimento na Atenção Especializada é de R\$ 169 milhões para R\$ 270 milhões, o que significa não apenas ações para melhoria da estrutura física, mas também a garantia de serviços de referência para o Programa Saúde da Família. Nós temos um diagnóstico de que os grandes gargalos do Sistema Único de Saúde estão localizados no acesso ao atendimento especializado e na área de emergência. Por essa razão, nós iremos investir de forma significativa nessa área, envolvendo investimento em infra-estrutura e aquisição de equipamentos. Nós sabemos que boa parte desses gargalos refere-se a exames – ultra-sonografia, mamografia, entre outros. O investimento na área de urgência e emergência do QUALISUS representará um crescimento

de 100%, passando de R\$ 124 milhões para R\$ 250 milhões. Esses investimentos referem-se à proposta de qualificação do Sistema de Urgência e Emergência no Brasil. Nesse orçamento será contemplado o SAMU, inclusive, a estruturação do sistema aéreo e aquático, principalmente na Região Amazônica, reforma de hospitais e reestruturação do trabalho nos grandes hospitais do Brasil. Esse ano, nós estamos com cinco Projetos Pilotos do QUALISUS, envolvendo grandes hospitais de cinco regiões metropolitanas e a idéia é ampliar a qualificação desses hospitais na área de urgência e emergência além do SAMU. Na área da Atenção à Saúde Indígena nós teremos um crescimento de 22,98%. Nós reestruturamos a Política de Saúde Indígena, assim, o Ministério da Saúde, por intermédio da FUNASA, assumiu a responsabilidade sanitária pelas populações indígenas. Nós continuamos a comprar serviços, seja de municípios, estados, organizações não-governamentais, mas a própria FUNASA tem a execução direta. Como nós queremos dar prioridade à Política de Saúde Indígena, nós estamos prevendo esse crescimento. Sobre a Atenção à Saúde Bucal, nós destinaremos R\$ 125.000.000 para a estruturação de serviços e implantação dos Centros de Especialidade Odontológica. Para as demais ações, aproximadamente R\$ 3,73 bilhões. Essa é a proposta que estamos apresentando para debate do Pleno do Conselho. A proposta ainda não foi concluída no âmbito do Governo e ainda temos negociações a fazer. Basicamente, era isso que eu gostaria de apresentar. Amanhã, nós estaremos no Estado do Rio de Janeiro, inaugurando a fábrica da FIOCRUZ para produção de vacinas contra a gripe. O Presidente **Lula** estará presente e irá conhecer a nossa fábrica de antígenos, que está em construção, e irá inaugurar a Escola Politécnica da FIOCRUZ para a formação de profissionais de saúde em nível médio. Além disso, o Presidente irá assinar a emissão de posse da fábrica de medicamentos que adquirimos, em Jacarepaguá, Rio de Janeiro, para produção de medicamentos para o SUS, que iniciará as suas atividades, provavelmente, no começo de 2005. Ontem, nós demos posse à nova coordenação do Programa DST/AIDS, Doutor **Pedro Schecker**, que os Senhores conhecem. Enfim, estamos dando continuidade às ações que foram objeto, inclusive, de discussão no Conselho". Após o pronunciamento do Ministro da Saúde, houve as considerações do Plenário. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** fez uso da palavra para cumprimentar o Ministério da Saúde pela Proposta Orçamentária 2005, destacando o aumento de recursos para todas as áreas da saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** enfatizou a importância de associar o debate sobre o Plano Nacional de Saúde e o Orçamento 2005 à discussão acerca do modelo de atenção vigente. Além disso, chamou a atenção para o fato de um número expressivo de governos estaduais não cumprirem a Emenda Constitucional nº 29. Nesse sentido, disse que seria necessário postura mais incisiva do Controle Social e do Ministério da Saúde em defesa da regulamentação da Emenda. Por fim, ratificou a importância de discutir o Plano Nacional de Saúde nas três esferas do Controle Social. Conselheira **Marisa Fúria** mostrou preocupação com o fato de o Plano Nacional de Saúde limitar o número de unidades de atendimento aos portadores de deficiência e patologia, por entender que impediria a ampliação da rede. Conselheiro **Eni Carajá Filho** perguntou se as contribuições dos Conselheiros seriam incorporadas no Plano Nacional de Saúde. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** chamou a atenção para as dificuldades enfrentadas pelos hospitais em relação a órteses e próteses, considerando o alto custo desses materiais. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** evidenciou o fato de o Plano Nacional de Saúde não prever procedimentos de alta complexidade em saúde bucal como, por exemplo, a realização de cirurgias e a disponibilização de próteses. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** comentou sobre a proposta apresentada no Plano de as unidades básicas de saúde assumirem a atenção à urgência, destacando que, para viabilizá-la, seria necessário mudar o modelo de assistência estruturada no país. Solicitou, ainda, a retificação do termo "Centrais de Regulação Médicas de Urgências" para "Centrais de Regulação dos Serviços de Urgência". A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que seria distribuído um consolidado das propostas e comentários enviados pelos Conselheiros e instituições que integram o CNS sobre o Plano Nacional de Saúde, na perspectiva de servir de subsídio no debate sobre o mesmo. O Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, respondeu às intervenções do Plenário manifestando-se nos seguintes termos: "Eu não vou tratar sobre o Plano, pois haverá espaço para debatê-lo. Gostaria de tratar sobre duas questões. A primeira diz respeito à Emenda Constitucional nº 29. Esse ano, em virtude da necessidade de fazer uma correção mais expressiva na tabela de procedimentos do SUS que estava muito defasada, principalmente na área de média complexidade, o recurso para alocação nos tetos estaduais de média e alta complexidade ficou bastante limitado. Por essa razão, nós optamos por alocar pequeno recurso a partir de critérios mais regionais, beneficiando mais os estados da Região Norte. No entanto, a nossa idéia é criar condições para alocação de recursos que considere os aspectos regionais e o compromisso de co-financiamento dos estados e municípios. A nossa proposta é estabelecer o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 como um dos parâmetros para definição de maior aporte de recursos. Eu vou fazer um esforço para que nesse ano, ainda que não seja como alocação de teto para ser um repasse definitivo, mas, pelo menos, um incentivo para estimular os que estão se

empenhando para cumprir adequadamente a Emenda. Nós vamos discutir essa questão mais à frente, analisando a nossa execução orçamentária e verificando a possibilidade de incentivo como um financiamento específico para determinados investimentos, para contemplar estados com esse compromisso, ou mesmo um repasse fundo-a-fundo que seria uma espécie de incentivo ao cumprimento dos gastos mínimos previstos pela Emenda. O outro aspecto da regulamentação que seria importante trabalhar refere-se à definição do que são serviços e ações de saúde concretamente. Com relação ao tema do atendimento de urgência e emergência no Programa Saúde da Família, destaco que um dos pontos do QUALISUS trata da qualificação da Atenção Básica. Nesse âmbito, nós estamos trabalhando com a idéia de que qualificar é aumentar a resolatividade. Aumentar a resolatividade da Atenção Básica significa garantir também a solução de alguns problemas de emergência em um nível adequado à complexidade que essa esfera de atenção possui. Além disso, a idéia da qualificação da urgência passa não somente por investir e melhorar os grandes hospitais, mas construir uma rede nessas regiões composta por vários serviços de pronto-atendimento em nível municipal capazes de resolver emergências de média complexidade. Desse modo, não se trata de propostas isoladas. Era isso. Eu vou pedir licença porque eu tenho uma reunião com o CONASS. Provavelmente, na próxima reunião do Conselho, nós vamos iniciar o debate sobre Projetos e Planos do Ministério da Saúde para 2005. Obrigado. Bom trabalho a todos". Concluído esse ponto, foi iniciado o debate sobre o Plano Nacional de Saúde. **ITEM 2 – PLANO NACIONAL DE SAÚDE – O Subsecretário de Planejamento e Orçamento/MS, Valcler Rangel Fernandes**, iniciou o debate sobre o Plano Nacional de Saúde, agradecendo, de público, a todos que viabilizaram e participaram da construção do Plano. Ressaltou que o processo de construção coletiva configurava-se em qualidade, entretanto, refletia a fragmentação dos processos da saúde e dos conflitos da realidade. Nessa linha, disse que um dos principais desafios era vencer as dificuldades em relação à saúde no decorrer da implementação do Plano. Além disso, enfatizou que seria necessário ênfase no seu processo de implementação, com monitoramento adequado. Feitos esses esclarecimentos iniciais, passou a apresentação de pressupostos do Plano Nacional de Saúde. Ressaltou que a expectativa era de que o Plano Nacional de Saúde fosse um efetivo instrumento para construção de "Um Pacto pela Saúde no País". Nessa linha, citou condições necessárias para uma boa condução das ações estratégicas, dentre elas, a existência de explicação e teoria que relacione ação com resultado; a identificação de um conjunto de problemas relevantes, sobre os quais se tenha capacidade de intervenção a médio e longo prazo; a capacidade de determinar prioridades em função de maximizar o impacto e minimizar os custos de todo o tipo (financeiros, sociais e políticos); e a possibilidade de acompanhar a marcha das ações, avaliando impacto e custos, de maneira que se possa mudar rumos quando necessário. Explicou que a proposta do Plano era de um processo de planejamento em saúde no SUS que levasse em conta a análise de situação, sem a pretensão de um diagnóstico universal, e a seleção dos cursos de ação, pactuando com estados e municípios a partir de um plano. No tocante às bases conceituais, ressaltou que o Plano Nacional de Saúde: era um instrumento de gestão do SUS e base das atividades e programas em cada nível de direção do Sistema (Lei nº 8.080/90); compreendia o período de Governo (4 anos) e devia ser revisto periodicamente; explicitava as intenções políticas, estratégias, prioridades e metas de Governo; as ações eram a base para as propostas orçamentárias; a formulação era de responsabilidade do Ministério da Saúde, cabendo ao CNS apreciá-lo; deveria incorporar as diretrizes apontadas na 12ª Conferência Nacional da Saúde; possuía o PPA como uma das bases de formulação; e conteria as metas nacionais e regionais de saúde. Explicou que o cenário atual apontava alguns problemas que precisavam ser revistos, a exemplo da fragmentação do processo de planejamento, programação e avaliação do sistema de informação e o modelo de atenção baseado na oferta de serviços. Nessa linha, identificou diretrizes políticas prioritárias do Plano, sendo: Políticas Assistenciais recuperando demandas reprimidas (reajustes de tabela, Urgência, Hospitais Universitários, entre outros) e desenvolvendo projetos de renovação (Hospitais de Pequeno Porte, Atenção Domiciliar, Programa Fila Zero, entre outros); Média Complexidade em processo de definição de diretrizes; Atenção Básica em expansão; Assistência Farmacêutica definida como prioridade; área de vigilância com diretrizes definidas; Pólos de Educação Permanente em implantação; e agenda de ciência e tecnologia definida. Explicou que o Plano foi elaborado a partir da análise da situação atual da saúde, que apontava para o acesso desigual e de baixa qualidade e para as desigualdades regionais. Disse que seria necessário articulação nacional, para definição de um modelo de planejamento em saúde, a partir da definição do Plano Nacional de Saúde, de um Plano Diretor de Investimentos e de um Modelo Diretor de Regionalização. De tal forma, apresentou os passos para a construção do modelo de planejamento em saúde, a saber: definição de um conjunto de objetivos, diretrizes e metas nacionais a serem pactuadas regionalmente; implementação de um sistema de monitoramento, construído a partir da definição de indicadores mínimos – IDB; definição de ciclos de avaliação que incluía gestores e controle social; ciclos de avaliação com atores externos (Ministério Público, Tribunais de Contas, entre

236 outros); revisão dos sistemas de informação; integração das estratégias de implementação da sala de
237 situação, caderno de saúde em articulação com a RIPSA; introdução de atividades permanentes de
238 análise de tendência; e incorporação imediata da programação integrada como ferramenta de gestão.
239 Acrescentou que, visando a implementação do modelo de planejamento em saúde, estavam sendo
240 desenvolvidas as seguintes ações: definição de prioridades regionais, com base nas diretrizes
241 apresentadas no Plano Nacional de Saúde; definição de metas regionais a serem aprimoradas nos
242 estados; definição de diretrizes para o investimento em saúde; definição de um modelo de
243 regionalização; revisão normativa capaz de garantir a integração do processo nas três esferas;
244 apresentação da proposta nas oficinas macrorregionais; definição de calendário de discussão nos
245 estados; implantação de modelo de gestão com articulação regional do planejamento,
246 acompanhamento e avaliação; e encaminhamento na Comissão Intergestores Tripartite com definição
247 de responsabilidades por esfera de gestão. Informou que fora realizada oficina com grupo consultivo
248 (OPAS/OMS, IPEA, FIOCRUZ, DATASUS, FSP/USP, IBGE, ISC/UFBa) para levantar subsídio à
249 definição do modelo de gestão, monitoramento e avaliação do Plano Nacional de Saúde na qual foram
250 apresentadas as seguintes proposições gerais: **a)** gestão do Plano Nacional de Saúde: Coordenação
251 Nacional (político-institucional, vinculada à Secretaria-Executiva/MS) e Coordenação-Executiva
252 (aspectos tático-operacionais, traduzidos em programas, projetos e ações), apoiada em comitês
253 interorgânicos responsáveis pelo acompanhamento das metas; e **b)** monitoramento e avaliação do
254 Plano Nacional de Saúde: sistematização e agregação das metas em função dos objetivos setoriais
255 estabelecidos; definição de linhas de convergência das metas (eixos de análise/medidas de
256 intervenção); desagregação das metas por áreas geográficas, de forma a evidenciar desigualdades
257 (objeto de estratégias/intervenções diferenciadas); identificação de ações capazes de produzir impacto
258 local e gerar efeitos importantes nas esferas regionais e nacional. Destacou que os próximos passos
259 em relação ao Plano Nacional de Saúde seriam a realização de estudo aprofundado do seu conteúdo
260 (sistematização e agregação das metas, estabelecimento de eixos de análise e medidas de
261 intervenção) e implementação do processo de monitoramento e avaliação (definição e qualificação dos
262 indicadores a serem usados e formas de obtenção). Acrescentou que a RIPSA configurava-se em
263 fórum adequado para desenvolver tal proposta, pois detinha experiência consolidada na operação de
264 comitês interinstitucionais. Desse modo, seria apresentada à Secretaria-Executiva da RIPSA a proposta
265 de criação de GT para analisar, propor e acompanhar a realização do referido estudo. Concluiu a sua
266 apresentação, informando que as contribuições dos Conselheiros e entidades que integram o CNS ao
267 Plano foram consolidadas e a Secretaria de Planejamento e Orçamento apresentou parecer sobre cada
268 uma delas. Explicou que fora distribuída ao Plenário do CNS a versão do Plano Nacional de Saúde, de
269 02 de agosto de 2004, que contemplava as modificações feitas pela Secretaria de Planejamento e
270 Orçamento ou por outros órgãos e entidades do Ministério da Saúde e as deliberações da 12ª
271 Conferência Nacional de Saúde. A propósito, destacou as seguintes alterações: revisão das diretrizes e
272 metas para a assistência farmacêutica, inclusão de meta relativa à revisão da lógica de financiamento e
273 inclusão de diretriz específica para a população do campo. Por fim, solicitou ao Pleno do CNS a
274 aprovação do documento nos moldes apresentados e sugeriu que as possíveis ressalvas fossem
275 discutidas no decorrer do processo de implementação do Plano. Após a apresentação, foi aberto o
276 debate. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** perguntou se o debate e aprovação do Plano
277 Nacional de Saúde seriam feitos concomitantemente à análise e aprovação do Orçamento 2005. A
278 Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que o Plenário do CNS definiu o
279 calendário para debate do Plano Nacional de Saúde e do Orçamento 2005: debater e votar o Plano
280 Nacional de Saúde e iniciar o debate sobre o Orçamento 2005 na 145ª Reunião Ordinária; e realizar
281 reunião extraordinária, no dia 30 de agosto de 2004, para debater e votar o Orçamento 2005. O
282 Subsecretário de Planejamento e Orçamento/MS, **Valcler Rangel Fernandes**, informou que houve
283 atraso no calendário de elaboração do Orçamento 2005, o que impossibilitou a conclusão do
284 orçamento, pelo Ministério da Saúde. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** registrou que há
285 muito tempo o Conselho enfrentava dificuldade para avaliar a peça orçamentária do Ministério da
286 Saúde, em virtude da exigüidade de tempo. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** acrescentou,
287 ainda, a dificuldade do Conselho em avaliar o impacto da execução orçamentária e, nessa linha,
288 ressaltou a importância de definir metodologia para análise das peças orçamentárias, dos planos de
289 saúde, entre outros, frente à exigüidade de tempo. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento/MS,
290 **Valcler Rangel Fernandes**, explicou que o Ministério da Saúde também enfrentava dificuldade na
291 avaliação do impacto da sua execução orçamentária, assim, estava em processo de elaboração um
292 sistema de monitoramento para avaliação dos resultados das suas ações. Ressaltou, ainda, que,
293 mensalmente, eram disponibilizados à COFIN/CNS relatórios de execução orçamentária do Ministério
294 da Saúde, o que, na sua visão, não era a metodologia mais viável, pois não apresentava a real situação
295 da execução orçamentária. Nesse sentido, enfatizou a necessidade de definir metodologia para análise

da execução, com redefinição do prazo para apresentação dos dados, do formato e do modelo de informação, combinando resultado e impacto. Acrescentou, ainda, que o Orçamento 2005 estava compatível com o Plano Plurianual 2004/2007 e o Plano Nacional de Saúde. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** ratificou a importância de melhorar o sistema de informação do CNS e, a propósito, sugeriu a criação de ferramenta que possibilitasse a avaliação “estatisticamente significativa” das propostas de execução do Ministério da Saúde. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** ressaltou que o debate sobre a execução orçamentária deveria ser focalizado no contingenciamento orçamentário-financeiro e não em detalhes técnicos. Em virtude do adiantar da hora, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. Antes da retomada da discussão sobre o Plano Nacional de Saúde à tarde, apresentou o novo Conselheiro do CNS, **Luiz Augusto A. de F. Ferreira**, e o consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** cumprimentou o Ministério da Saúde pela incorporação da proposta de prolongamento do tempo da licença-maternidade no Plano Nacional de Saúde, por entender que impediria o desmame precoce. Ressaltou que o problema da desigualdade social em saúde fora pouco explicitado no Plano e, dessa forma, sugeriu a inclusão de um item nos seguintes termos “Que o Ministério da Saúde também tenha a missão de desenvolver estratégias articuladas de equidade em saúde, de definir investimentos e pesquisas com os diversos setores governamentais, com a sociedade civil para que sejam capazes de impedir a produção e reprodução das desigualdades sociais em saúde, em particular os aspectos referentes às injustiças sociais historicamente estruturadas e as suas relações com a saúde e sobrevivência do cidadão”. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** propôs que fosse incluída no quadro de metas nacionais do Plano a proposta de qualificação e capacitação de recursos humanos em assistência farmacêutica. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** solicitou maiores esclarecimentos sobre a proposta de as unidades básicas de saúde assumirem a atenção à urgência e sobre o papel dos Pólos de Capacitação Permanente em Saúde. Falou sobre a proposta de capacitar técnicos para atenção à saúde da população prisional e, a propósito, perguntou se o recurso destinado às unidades prisionais seria utilizado nessa capacitação. Por fim, manifestou preocupação com a proposta de ampliação do Programa Saúde da Família apenas nos grandes municípios. Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo** revelou satisfação frente à inclusão de diretriz relativa à implementação da Política de Saúde para a população do campo. Contudo, disse que seria necessário incluir diretrizes, reconhecendo os trabalhadores rurais em suas várias modalidades – quilombolas, assalariados, agricultores familiares, entre outros. Conselheiro **Paulo César A. de Souza** ressaltou a importância de incluir no Plano diretriz relativa à zoonoses. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** sugeriu que os documentos do Ministério da Saúde fossem apresentados em consonância com a normatização técnica pertinente. Conselheiro **Ary Paliano** solicitou a atenção do Conselho para o fato de a população indígena, que se encontrava fora das reservas, não estarem sendo cobertas pelo Programa de Atenção à Saúde Indígena conduzido pela FUNASA. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou se havia a possibilidade de o Plano contemplar a revisão da assistência farmacêutica básica e especial de forma a suprir a deficiência do Sistema em relação à falta do medicamento. Além disso, sugeriu a inserção do medicamento genérico como forma de aumentar a oferta. Conselheira **Maria Thereza M. de C. Rezende** solicitou maiores esclarecimentos sobre os motivos pelos quais não foi acatada a proposta do Conselho Federal de Fonoaudiologia de incluir, no parágrafo 69, do Plano, o termo “neonatologia”. Além disso, ressaltou a importância de acrescentar, no parágrafo 84 do Plano, a “fonoaudiologia”, considerando que tal área não fora contemplada. Por fim, perguntou se as sugestões enviadas às áreas técnicas seriam contempladas no Plano. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou informações sobre as metas nacionais do Plano de formar cerca de 3,9 mil pessoas em educação profissional e de pós-graduação *stricto e lato sensu* e de estruturar 110 Pólos de Educação Permanente em Saúde. Solicitou maiores esclarecimentos, também, sobre a resposta dada à proposta de inclusão do item relativo à implantação de Hospitais Especializados em Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Conselheiro **Eni Carajá Filho** ressaltou que seria necessário destacar no Plano a importância do Controle Social no acompanhamento das Políticas. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento, **Valcler Rangel Fernandes**, apresentou a sugestão de elaborar uma introdução no Plano Nacional de Saúde que explicitasse os seus eixos políticos – desigualdade, intersetorialidade, Controle Social, entre outros. Nesse sentido, sugeriu a formação de grupo do CNS para contribuir nessa formulação. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** destacou que o Ministério da Saúde deveria apresentar a orientação política do Plano Nacional de Saúde. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento, **Valcler Rangel Fernandes**, lembrou que um dos próximos passos em relação ao Plano seria a sistematização e agregação das metas e estabelecimento de eixos de análise e medidas de intervenção. Ressaltou que, após amplo debate com diversos especialistas, chegou-se à conclusão de que a orientação política do Plano deveria ser construída a partir da interlocução com o CNS. Acrescentou que, para a elaboração do mesmo, foram utilizados como subsídios Planos de Saúde de outros países e de vários estados e

que a fragmentação das suas ações era reflexo da fragmentação do Ministério da Saúde e do Sistema Unico de Saúde, assim, o principal desafio seria consolidá-la. Dessa maneira, disse que a proposta era resolver o problema da fragmentação no decorrer do processo partilhado de discussão e acompanhamento. Em relação à proposta de qualificação de recursos humanos em assistência farmacêutica, ressaltou que estava contemplada no âmbito da força de trabalho do SUS, contudo, se o Plenário assim entendesse, poderia ser incluída meta de forma mais recortada. Com relação à Atenção Básica e Urgência, disse que seria necessário reestruturar as unidades para que houvesse atendimento às demandas. Sobre a ampliação das equipes do PSF, explicou que haveria maior focalização nos grandes centros porque o crescimento da estratégia do Programa de Saúde da Família nesses locais era menor. Assim, seriam implementadas ações voltadas às cidades com mais de 100 mil habitantes. A propósito dos Pólos de Capacitação, disse que se configuravam em um dispositivo de formação que, em determinadas situações, reuniam um conjunto de instituições voltadas à educação permanente, de forma a ofertar os dispositivos necessários à capacitação do Sistema. Explicou, ainda, que a proposta de formação para educação profissional tinha como propósito formar profissionais específicos para fazer educação profissional de nível técnico. Informou também que, antes da sua publicação, o Plano seria revisado, a fim de ser adequado às normas técnicas de publicação. A propósito do sistema prisional, disse que havia um projeto do Ministério da Saúde voltado a esse sistema e que seria disponibilizado recurso para a reestruturação das equipes de saúde do sistema prisional no Orçamento 2005. Endossou a proposta apresentada de inclusão de diretriz, reconhecendo os trabalhadores rurais em suas várias modalidades – quilombolas, assalariados, agricultores familiares, entre outros. Sobre as zoonoses, ressaltou que se tratava de uma questão importante e, como tal, estava expressa na avaliação situacional do Plano. Acrescentou, ainda, que não havia discordância em relação à importância de meta concernente a zoonoses. No que diz respeito à saúde indígena, lembrou que era uma das onze prioridades definidas pelo Ministério da Saúde. A propósito da Política de Assistência Farmacêutica, explicou que as ações programadas visavam à ampliação do acesso aos medicamentos. Ressaltou, também, que a política do Ministério da Saúde era a aquisição de medicamentos para patologias com relevância epidemiológica – hipertensão, diabetes, entre outras. Sobre as terminologias utilizadas no Plano, esclareceu que houve uma tentativa de evitar especificidades. A respeito dessa última questão, Conselheira **Maria Thereza M. de C. Rezende** explicou que o termo “neonatologia” (parágrafo 69 do Plano) era mais amplo que “pediatria”, dessa maneira, atendia a preocupação de evitar especificidades no Plano. Além disso, sugeriu que, no parágrafo 84 do Plano, fosse incluída a “fonoaudiologia” entre as várias profissões explicitadas, ou fosse mantida apenas a expressão “sociedades científicas envolvidas”, contemplando todas as profissões. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento endossou as propostas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** fez uso da palavra para perguntar se haveria contrapartida do Ministério da Saúde para reestruturação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento, **Valcler Rangel Fernandes**, explicou que na definição do pacto seriam definidas as responsabilidades das três esferas de gestão no financiamento das ações de saúde. Ressaltou, ainda, que o Ministério da Saúde possuía recursos para investimento nos Pólos de Capacitação. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** perguntou se o Plano previa meta para a qualificação do gestor do SUS. Em resposta, o Subsecretário de Planejamento e Orçamento, **Valcler Rangel Fernandes**, informou que o Plano previa o desenvolvimento de projetos de fortalecimento da gestão em todos os estados e em 400 municípios. Além disso, previa ações para a qualificação da gestão descentralizada do SUS. O Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José S. P. Solla**, ressaltou que o Plano apresentava metas nacionais que deveriam ser detalhadas no âmbito dos estados, por intermédio de programas e projetos. Nessa linha, disse que a capacitação da gestão se daria a partir de várias ações resultantes da meta geral prevista no Plano de desenvolvimento de projetos de fortalecimento da gestão. Além disso, falou sobre a urgência e emergência, destacando que a qualificação dos serviços estava contemplada em diversos componentes, dentre eles, o SAMU e o QUALISUS e passava pela criação de condições para que o processo de trabalho da Atenção Básica pudesse absorver ações de atendimento de urgência no âmbito da Atenção Básica. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que o Plano Nacional de Saúde trabalharia com os objetivos setoriais e com as diretrizes. Assim, seria necessário definir uma forma de como desenvolver as metas que seriam tratadas em Programas e Projetos. O Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José S. P. Solla**, defendeu a manutenção de metas nacionais no Plano as quais deveriam ser detalhadas em Projetos. Informou, ainda, que estava em curso o credenciamento de serviços de reabilitação de anomalias craniofaciais, com o propósito de ampliação da rede, e o tema estava sendo discutido por um GT do Ministério da Saúde. Explicou, também, que a partir da nova lógica das Políticas de Atenção, haveria indução de serviços nos locais onde não existia. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento (SPO/MS) **Valcler Rangel Fernandes**, ressaltou a importância de manter as metas no Plano, ainda que algumas não houvessem

416 sido contempladas por falta de consistência na formulação. Informou, ainda, que estava em fase de
417 conclusão o relatório das oficinas macrorregionais que apresentava estratégias e desafios acerca das
418 diretrizes do Plano, necessidade de investimento, grau de prioridade, origem do recurso, entre outros
419 aspectos. Acrescentou que seria iniciado o processo de planejamento e programação estadual.
420 Explicou que a proposta de criação de hospitais de reabilitação de anomalias craniofaciais fora
421 contemplada como uma das prioridades definidas pelos estados, considerando que o objetivo era
422 direcionar os planos estaduais. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** registrou que havia grande
423 expectativa em relação ao enfrentamento, por parte do Governo, da cultura mercantilista vigente no
424 país (medicamento como mercadoria e estabelecimento farmacêutico como comércio) e à solução dos
425 problemas da falta de assistência farmacêutica. Frente a isso, defendeu a inclusão no quadro de metas
426 nacionais do Plano a proposta de qualificação e capacitação de recursos humanos em assistência
427 farmacêutica. Conselheira **Marisa Fúria** chamou a atenção para a falta de serviços voltados ao
428 atendimento dos portadores de autismo. Nessa linha, sugeriu a inclusão do seguinte trecho ao item 275
429 do Plano “expandir a rede de serviços extra-hospitalares para pessoas portadoras de
430 deficiências/autistas e novos serviços entre os seguintes dispositivos: CAPS, Residências Terapêuticas
431 e Unidades Psiquiátricas em Hospitais”. Conselheira **Silvia Marques Dantas** disse que seria necessário
432 melhorar a redação do item 257 do Plano relativo à promoção da atenção integral à saúde da mulher,
433 pois não contemplava o conjunto das ações da Política de Saúde da Mulher. Além disso, ressaltou a
434 importância de incluir no item 258 a humanização ao pré-natal e puerpério. Por fim, afirmou que seria
435 importante incluir meta relativa à formação de recursos humanos para trabalhar as relações de gênero
436 no atendimento à saúde da mulher. Conselheiro **Júlio Strubing M. Neto** parabenizou, em nome do
437 Subsecretário de Planejamento e Orçamento/MS, **Valcler Rangel Fernandes**, toda a equipe técnica e a
438 direção política do Ministério da Saúde pela iniciativa inédita de elaboração do Plano Nacional de
439 Saúde. Ressaltou que o Plano contemplava questões essenciais do SUS, no entanto, necessitava de
440 uma introdução com eixo político. Sugeriu, ainda, a inclusão de princípios gerais que norteariam o
441 Plano, a exemplo da superação das desigualdades regionais, diminuição da iniquidade de acesso,
442 promoção da intersetorialidade, superação da fragmentação das ações e serviços e Controle Social, de
443 tal forma que todas as ações, Projetos e Programas contemplassem os referidos princípios. Destacou,
444 ainda, a importância de o Plano Nacional de Saúde adequar-se ao Plano Plurianual e ao Orçamento.
445 Por fim, sugeriu que o plano de trabalho do Ministério da Saúde para 2005 fosse elaborado com base
446 no Plano Nacional de Saúde, o que facilitaria o acompanhamento e a avaliação da execução das ações
447 do Plano Nacional de Saúde. Conselheiro **André Luiz B. de Carvalho** destacou que os Planos de
448 Saúde, na maioria das vezes, eram documentos burocráticos utilizados apenas para a habilitação de
449 estados e municípios. Por isso, ressaltou que o Ministério da Saúde deveria induzir a elaboração de
450 Planos de Saúde Municipais, voltados para a realidade e considerando os novos gestores que serão
451 eleitos em 2004. Propôs também que fosse feito levantamento dos estados que possuem planos de
452 saúde. Sugeriu, ainda, que as metas do Plano fossem detalhadas, o que poderia facilitar o seu
453 monitoramento e avaliação. Por fim, ressaltou a importância de acompanhar a sua implementação que,
454 em função da dinâmica do Sistema de Saúde, certamente seria necessário corrigir rotas. Conselheiro
455 **Geraldo Adão Santos** propôs que fosse contemplada no Plano a prevenção como ação continuada,
456 com metas em longo prazo. Nessa linha, reafirmou a proposta de incluir a temática da saúde como
457 disciplina obrigatória nos currículos escolares. Informou, ainda, que na 12ª Conferência Nacional de
458 Saúde foi aprovada Moção de Apoio à referida proposta. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** disse que
459 seria importante expressar no Plano os *links* conceituais – diretrizes, medidas, metas – com vistas à
460 definição de itens de controle e avaliação das metas que possibilitassem a realização do processo de
461 certificação e creditação. Conselheiro **Júlio Strubing M. Neto** pediu maiores esclarecimentos sobre as
462 metas nacionais nºs 400 e 401, manifestando preocupação, em especial, com a proposta de
463 implementação de 200 regiões de saúde. Em resposta às manifestações do Colegiado, o Subsecretário
464 de Planejamento e Orçamento/MS, **Valcler Rangel Fernandes**, ressaltou que não havia objeção em
465 incluir a proposta de capacitação de recursos humanos em assistência farmacêutica no Plano, caso o
466 Plenário assim decidisse. Além disso, concordou com a proposta de expansão da rede de serviços
467 extra-hospitalares para pessoas portadoras de deficiências/autistas e novos serviços, no entanto,
468 discordou da proposta de explicitar os dispositivos para isso (CAPS, Residências Terapêuticas e
469 Unidades Psiquiátricas em Hospitais) por não haver consenso sobre a questão. Conselheira **Marisa**
470 **Fúria** explicou que a proposta era a criação de residências terapêuticas para portadores de autismo
471 com grau crítico, conforme havia para portadores de deficiência mental. O Secretário de Atenção à
472 Saúde (SAS/MS), **Jorge José S. P. Solla** ressaltou que não havia divergência sobre a importância de o
473 SUS desenvolver ações para atender ao perfil dos portadores de deficiência mental e sim que não
474 havia consenso sobre qual a modalidade assistencial mais adequada a pacientes com autismo. Dessa
475 maneira, sugeriu que o Plano apontasse para a oferta de serviços extra-hospitalares e fosse feito amplo

476 debate sobre a modalidade assistencial mais adequada ao paciente autista. A Secretária-Executiva do
477 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que fosse acatada a proposta de expansão da rede de
478 serviços extra-hospitalares para pessoas portadoras de deficiências/autistas e novos serviços e que a
479 discussão sobre a modalidade assistencial mais adequada ao paciente autista fosse remetida à
480 Comissão Intersectorial de Saúde Mental (CISM/CNS). A proposta foi acatada. A propósito da saúde da
481 mulher, o Subsecretário de Planejamento e Orçamento (SPO/MS) **Valcler Rangel Fernandes**, explicou
482 que as questões principais para o SUS estavam destacadas no Plano. Além disso, ressaltou que a
483 equidade – de gênero, raça, etnia, entre outros – era uma diretriz que perpassava todo o Plano.
484 Continuou dizendo que havia perspectiva de orçamento integrado do Ministério da Saúde e do SUS,
485 assim, o monitoramento do Plano seria trabalhado a partir da adequação ao PPA e ao Orçamento.
486 Disse, também, que seria importante definir orçamento para o SUS, com identificação de
487 responsabilidade entre as três esferas de governo. Endossou a sugestão de o Ministério da Saúde
488 definir agenda de acolhimento dos novos gestores municipais. Informou, ainda, que seria feito com a
489 RIPSa estudo aprofundado da implementação do processo de monitoramento e avaliação do Plano
490 (definição e qualificação dos indicadores a serem usados e formas de obtenção), visando um processo
491 permanente de acompanhamento. Enfatizou, também, que o mérito da proposta de educação em
492 saúde estava contemplado no Plano. A propósito das metas nacionais nºs 400 e 401, disse que seria
493 viável suprimi-las, considerando que o tema da regionalização estava sendo discutido de forma ampla
494 no âmbito do Ministério da Saúde. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** mostrou preocupação com as
495 metas do Plano nºs 531, que propõe a estruturação de Centro Nacional de Ciência, Tecnologia e
496 Economia da Saúde, e de nº 532, que propõe a reestruturação de 28 Núcleos Regionais de Ciência,
497 Tecnologia e Economia em Saúde, considerando que a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia
498 e Inovação em Saúde vetou a criação de agências. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento
499 (SPO/MS) **Valcler Rangel Fernandes**, explicou que a proposta de estruturação de Centro Nacional de
500 Ciência, Tecnologia e Economia da Saúde foi retirada do Documento-Base da 2ª Conferência Nacional
501 de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Além disso, lembrou que no Plano não havia proposta de
502 criação de agências. Disse, ainda, que a estruturação de Núcleos Regionais de Ciência, Tecnologia e
503 Economia da Saúde estava programada no Orçamento do Ministério da Saúde 2003, com o objetivo de
504 desenvolver o conhecimento. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** reafirmou a importância de incluir
505 meta relativa à investigação da doença celíaca em vários setores, em razão da alta prevalência de
506 casos em homens, mulheres e crianças. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
507 explicou que uma série de questões sugeridas fora incluída no Plano como grandes metas e outras
508 seriam discutidas com as diversas áreas do Ministério da Saúde para serem incluídas em Programas e
509 Projetos. Frente às sugestões apresentadas pelos Conselheiros, submeteu à apreciação e deliberação
510 do Plenário as seguintes propostas: elaborar introdução para o Plano Nacional de Saúde, explicitando a
511 condução política a ser dada, os princípios do SUS e os princípios gerais (superação das
512 desigualdades regionais, diminuição da iniquidade de acesso, promoção da intersetorialidade,
513 superação da fragmentação das ações e serviço, Controle Social, entre outros); revisar as diretrizes do
514 Plano Nacional de Saúde, de forma a contemplar os princípios gerais, as definições da 3ª Conferência
515 Nacional de Saúde Bucal e da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;
516 e, ao ser aprovado, que o Plano Nacional de Saúde fosse um instrumento de discussão no âmbito do
517 CNS, do Ministério da Saúde para definição de um pacto pela saúde no Brasil. Conselheira **Graciara**
518 **Matos de Azevedo** perguntou se as propostas apresentadas pelos Conselheiros seriam asseguradas.
519 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sugeriu que fosse incluído nos princípios gerais do Plano a
520 promoção e prevenção. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que o Plano Nacional de Saúde fosse
521 votado integralmente, sem ressalvas, e que a Secretaria de Planejamento e Orçamento/MS
522 considerasse as contribuições dos Conselheiros. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** propôs a exclusão
523 da meta nacional nº 531 do Plano, que propõe a estruturação de Centro Nacional de Ciência,
524 Tecnologia e Economia da Saúde. Sugeriu, ainda, que fosse incluída meta de realizar, por meio dos
525 Hospitais de Ensino, avaliação de incorporação de tecnologia na assistência à saúde, levando em conta
526 a relação custo-benefício e a pertinência social. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**
527 **Cruz**, informou que a meta nº 531 seria retirada, na perspectiva de ser revisada a partir das
528 deliberações da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Além disso,
529 disse que havia consenso em relação à proposta de incluir meta propondo a realização, por meio dos
530 Hospitais de Ensino, de avaliação de incorporação de tecnologia na assistência à saúde. Após esses
531 esclarecimentos, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, colocou em votação o
532 Plano Nacional de Saúde, considerando os encaminhamentos supracitados. **O Plano Nacional de**
533 **Saúde foi aprovado com 20 votos a favor e sete abstenções.** A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**
534 solicitou declaração de voto em nome do segmento dos trabalhadores em saúde e esclareceu que se
535 abstiveram na votação, em virtude da dificuldade enfrentada na votação do Plano em bloco. **ITEM 3 –**

PROPOSTA DE ORÇAMENTO PARA 2005 – O Subsecretário de Planejamento e Orçamento/MS, **Valcler Rangel Fernandes**, explicou que a proposta orçamentária para 2005 estava em fase final de elaboração, assim, a sua apresentação seria feita com base nos dados levantados pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão no início do processo de formulação do Orçamento 2005. Assim sendo, alguns valores sofreram alterações. Ressaltou, a princípio, que o principal objetivo do Orçamento 2005 era viabilizar o crescimento sustentável, tendo como diretrizes a ampliação do atendimento de Políticas Sociais e investimentos em infra-estrutura. Explicou que o cenário fiscal para 2005 apontava a projeção para receita não-financeira de R\$ 450,4 milhões, para despesa não-financeira de R\$ 405,5 e para o resultado primário (diferença entre receita não-financeira e despesa não-financeira) de R\$ 44,9 milhões. Disse que o adicional de receita líquida de 2005 em relação a 2004 (9%) seria aplicado em pessoal e encargos, benefícios da previdência e outras vinculadas; resultado primário; reserva de contingência; outras despesas obrigatórias; Legislativo, Judiciário e Ministério Público da União; e despesas discricionárias (incluindo saúde e educação). Sobre as despesas discricionárias, explicou que, dos R\$ 8,3 bilhões, R\$ 2,6 bilhões seriam destinados ao Ministério da Saúde, R\$ 300 milhões para o Fundo de Combate à Pobreza, R\$ 700 milhões para o Ministério da Educação, R\$ 500 milhões para as Despesas Vinculadas a Receitas Operacionais e R\$ 4,2 bilhões para demais Despesas Discricionárias. Comentou sobre a participação das despesas, explicando que 39% dos recursos eram destinados a beneficiários previdenciários; 24% para pessoal; 18% para demais despesas obrigatórias; 8% para saúde; 7% para demais despesas discricionárias; 2% para combate à pobreza; e 2% para educação. Apresentou o cenário de distribuição do recurso entre as áreas de Governo, sendo: **1) Política Social: a) 2004 (estimado): R\$ 43,04 milhões; b) 2005 (proposta): R\$ 47,87 milhões; e c) acréscimo (2004-2005): R\$ 4,83 milhões; 2) Infra-estrutura: a) 2004 (estimado): R\$ 6,95 milhões; b) 2005 (proposta): R\$ 9,92 milhões; e c) acréscimo (2004-2005): R\$ 2,96 milhões; 3) Poderes de Estado e Administração: a) 2004 (estimado): R\$ 8,77 milhões; b) 2005 (proposta): R\$ 9,69 milhões; e c) acréscimo (2004-2005): R\$ 915 mil; 4) Área de Produção: a) 2004 (estimado): R\$ 2,45 milhões; b) 2005 (proposta): R\$ 3,49 milhões; e c) acréscimo (2004-2005): R\$ 1,04 milhões; 5) Total: a) 2004 (estimado): R\$ 61,22 milhões; b) 2005 (proposta): R\$ 70,98 milhões; e c) acréscimo (2004-2005): R\$ 9,76 milhões.** A propósito do gasto mínimo com ações e serviços públicos de saúde em 2005, explicou que a previsão era de R\$ 3,61 milhões para pessoal ativo, R\$ 31,5 milhões para outras despesas (corrente e de capital), totalizando R\$ 35,12 milhões. Em seguida, detalhou o cenário estimativo para a proposta orçamentária 2005, a saber: **1) Total – Ações e Serviços de Saúde (Outros Custeios e Capital; Ações Próprias; Emendas Parlamentares; e Pessoal Ativo): a) Despesa realizada em 2003: R\$ 27.181.155.248; b) Orçamento 2004 liberado: R\$ 31.857.666.290; c) Proposta do Ministério da Saúde para 2005 (preliminar): R\$ 35.824.123.969; e d) Variação 2004/2005: 12,45%; 2) Pessoal Inativo: a) Despesa realizada em 2003: R\$ 2.624.148.358; b) Orçamento 2004 liberado: R\$ 2.614.011.084; c) Proposta do Ministério da Saúde para 2005 (preliminar): R\$ 3.143.293.325; e d) Variação 2004/2005: 20,25%; 3) Serviços e Encargos da Dívida: a) Despesa realizada em 2003: R\$ 420.976.819; b) Orçamento 2004 autorizado: R\$ 708.286.393; c) Proposta do Ministério da Saúde para 2005 (preliminar): R\$ 600.000.000; e d) Variação 2004/2005: - 15,29%; 4) Total Geral: a) Despesa realizada em 2003: R\$ 30.226.280.425; b) Orçamento 2004 liberado: R\$ 35.179.963.767; c) Proposta do Ministério da Saúde para 2005 (preliminar): R\$ 39.567.417.294; e d) Variação 2004/2005: 12,47%.** Destacou, ainda, que foram definidos limites para despesas de funcionamento (combustível, contratação temporária, despesas de teleprocessamento, serviços bancários, serviços de energia elétrica, entre outros), com intuito de diminuir os gastos com funcionamento da máquina pública. Chamou a atenção para o crescimento do Orçamento da Saúde nos últimos dez anos, destacando que o Orçamento de 1995 era de R\$ 14.937.138.328 e a previsão para o Orçamento de 2005 na ordem de R\$ 39.567.417.294. Acrescentou que, no momento, a Subsecretaria de Orçamento e Planejamento estava adequando as metas de Governo à realidade orçamentária de 2005. Nessa linha, citou as seguintes metas definidas para o ano de 2005: criação de 265 Centros de Especialidade Odontológica; criação de 484 Consultórios Odontológicos para equipes de saúde bucal modalidade II; apoio a 500 Sistemas de Fluoretação; apoio a 303 equipes em atuação nos sistemas penitenciários; apoio a 201 Unidades de Internação Provisória para Adolescentes em Conflito com a Lei; 15 mil adolescentes assistidos em conflito com a lei; 200 novos Serviços Extra-hospitalares de Atenção Psicossocial (CAPS); 250 Serviços de Residência Terapêutica (SRT); e 60 Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral (UPHG). Informou, ainda, que seriam destinados recursos prioritariamente à aquisição de equipamentos para UTI e semi-UTI, à estruturação de Unidades do QUALISUS, a Hospitais de Pequeno Porte e Hospitais de Ensino e à implantação de Centros de Média e Alta Complexidade em Ortopedia e do Centro de Especialidade em Ortopedia. Falou, também, sobre a evolução do Programa Saúde da Família, destacando que, em dezembro de 1994, havia 328 equipes implantadas e, em 2004, 22 mil equipes, aproximando-se da meta nacional de 25 mil equipes em 2005, com 86,3% da população

assistida e 5 mil municípios cobertos. Chamou a atenção, ainda, para evolução das equipes de saúde bucal implantadas, destacando que a meta era alcançar 12 mil equipes em 2005, com 82,8% da população assistida e 4 mil municípios cobertos. Também, comentou sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, destacando que a meta era implantar 25 mil equipes em 2005, com 100% da população assistida e 5.300 mil municípios cobertos. Explicou que, do total do Orçamento 2005, seria destinado R\$ 26.922.648.000 a ações executadas pelos estados e municípios e R\$ 4.934.153.000 para ações executadas pelo Ministério da Saúde e em parceria com estados, municípios e outros Ministérios. Falou sobre as ações relativas a outros custeios e capital, destacando que o Orçamento autorizado para 2004 era de R\$ 28.431.600.000 e o Orçamento previsto para 2005 era de R\$ 31.856.700.000, representando uma variação de 12,05%. Apresentou, ainda, panorama da distribuição dos recursos de outros custeios e capital: **1)** Atendimento hospitalar/ambulatorial (média e alta complexidade): de R\$ 14,6 bilhões em 2004 para R\$ 15,5 bilhões em 2005, representando crescimento de 5,99%; **2)** PAB – Fixo: de R\$ 2,13 bilhões em 2004 para R\$ 2,34 bilhões em 2005, representando crescimento de 9,7%; **3)** PAB - Saúde da Família: de R\$ 2,07 bilhões em 2004 para R\$ 2,41 bilhões em 2005, representando crescimento de 16,76%; **4)** PAB para doenças transmissíveis: de R\$ 687 milhões em 2004 para R\$ 736 milhões em 2005, representando crescimento de 7,13%; **5)** PAB – Vigilância Sanitária: de R\$ 91 milhões em 2004 para R\$ 100 milhões em 2005, representando crescimento de 9,75%; **6)** Medicamentos para DST/AIDS: de R\$ 516 milhões em 2004 para R\$ 550 milhões em 2005, representando crescimento de 6,59%; **7)** Medicamentos Excepcionais: de R\$ 763 milhões em 2004 para R\$ 961 milhões em 2005, representando crescimento de 25,95%; **8)** Medicamentos Estratégicos: de R\$ 768 milhões para R\$ 904 milhões em 2005, representando crescimento de 17,71%; **9)** Farmácia Básica: de R\$ 268 milhões em 2004 para R\$ 281 milhões em 2005, representando crescimento de 4,66%; **10)** Vacinas e vacinação: de R\$ 474 milhões para R\$ 550 milhões em 2005, representando crescimento de 15,84%; **11)** Pioneiras Sociais: de R\$ 324 milhões para R\$ 348 milhões em 2005, representando crescimento de 7,41%; **12)** Hospitais Próprios: de R\$ 355 milhões para R\$ 410 milhões em 2005, representando crescimento de 15,52%; **13)** Programa Bolsa-Alimentação: de R\$ 801 milhões para R\$ 1,10 bilhões em 2005, representando crescimento de 37,24%; **14)** Saneamento Básico: de R\$ 560 milhões em 2004 para R\$ 700 milhões em 2005, representando crescimento de 24,87%; **15)** Farmácia Popular do Brasil: de R\$ 277 milhões em 2004 para R\$ 350 milhões em 2005, representando crescimento de 26,35%; **16)** Projeto QUALISUS: será investido R\$ 30 milhões relativo a primeira contrapartida do financiamento internacional no valor de U\$ 1,8 bilhão em oito anos; **17)** Investimento na Atenção Especializada/QUALISUS: de R\$ 169 milhões em 2004 para R\$ 270 milhões em 2005, representando crescimento de 59,76%; **18)** Investimento na área de Urgência e Emergência/QUALISUS: de R\$ 124,6 milhões em 2004 para R\$ 250 milhões em 2005, representando crescimento de 100%; **19)** Atenção à Saúde Indígena: investimento de R\$ 164 milhões em 2004 para R\$ 202,4 milhões em 2005, representando crescimento de 22,98%; **20)** Atenção à Saúde Bucal: será destinado o total de R\$ 125 milhões; **21)** Emendas Parlamentares: total em 2004 R\$ 400 milhões; e **22)** Demais Ações: R\$ 2,85 bilhões em 2004 para R\$ 3,72 bilhões em 2005, representando crescimento de 30,54%. Concluída a apresentação, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** perguntou se a variação orçamentária 2004 e 2005 foi feita com base no orçamento autorizado ou liquidado e se o investimento para convênios e projetos do Fundo Nacional de Saúde estava contemplado nas demais ações de saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** chamou a atenção para o fato de o Orçamento 2005 ser voltado para ações de caráter curativo e, nessa linha, enfatizou que o debate orçamentário teria de ser feito levando-se em consideração o modelo de atenção vigente. Destacou o montante orçamentário destinado a Pioneiras Sociais e solicitou maiores informações sobre a aplicação do recurso para essa Instituição. Solicitou, ainda, que a Secretaria de Financiamento e Orçamento/MS detalhasse os gastos do Governo com a dívida, considerando que esses dados deveriam ser observados no debate sobre as Políticas Sociais. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** chamou a atenção para o aumento considerável dos recursos para as Pioneiras Sociais e Hospitais Próprios e, nessa linha, perguntou como se daria a aplicação desses recursos. Solicitou, ainda, maiores informações sobre o empréstimo internacional para o Projeto QUALISUS. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sinalizou para a importância de os recursos da Farmácia Popular não serem contabilizados nos recursos do Ministério da Saúde, permitindo a avaliação da implantação e o impacto do Projeto na ampliação do acesso. Conselheira **Marisa Fúria** destacou que seria necessário ampliar o número de CAPS e Residências Terapêuticas a serem implantados para 2005, para além das metas previstas. Conselheiro **Eni Carajá Filho** chamou a atenção para o crescimento do orçamento do Ministério da Saúde nos últimos anos e, nesse sentido, sugeriu que houvesse incentivo para aumento dos recursos estaduais. Perguntou, ainda, se o incremento destinado aos Hospitais Próprios referia-se apenas aos Hospitais do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul. Conselheiro **Ary Paliano** solicitou esclarecimentos sobre os critérios utilizados na definição dos recursos destinados à Atenção a Saúde Indígena. Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo**

656 sinalizou para a importância das despesas do Fundo de Combate à Pobreza não serem computadas no
657 Orçamento da Saúde. Além disso, perguntou se no Fundo de Combate à Pobreza 2005 estava incluído
658 recurso para o Programa Renda Mínima. Conselheiro **Júlio Strubing M. Neto** perguntou, se foram
659 alocados recursos para a capacitação permanente de recursos humanos. Solicitou esclarecimentos,
660 também, sobre as iniciativas do Ministério da Saúde de renovar a força de trabalho de servidores
661 federais descentralizados para estados e municípios que estariam se aposentando. Cumprimentou o
662 Ministério da Saúde pela iniciativa de desconsiderar os recursos da Farmácia Popular no cálculo da
663 Emenda Constitucional nº 29, tendo em vista que não se tratava de recursos do SUS. Também
664 questionou se do percentual de aumento do Orçamento 2005 (11%) foi reduzida a inflação do período.
665 Por fim, destacou o recurso destinado à Alta e à Média Complexidade, ressaltando que houve uma
666 redução, nos últimos anos, em comparação com os gastos de serviços públicos de saúde. O
667 Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Gastão Wagner**, comentou as intervenções do Colegiado,
668 destacando, a princípio, o entendimento do Ministério da Saúde de que a negociação com a área
669 econômica do Governo em 2004 fora satisfatória. Explicou que a política de recomposição do
670 orçamento, utilizada pelo Governo Federal, foi no sentido de cumprimento da EC nº 29 (reposição da
671 inflação + crescimento do PIB). No entanto, para definição do Orçamento 2005, partiu-se de um piso
672 maior que o de 2004, o que resultou no aumento de 12% do Orçamento global da saúde para 2005,
673 além do limite mínimo obrigatório. Ressaltou que não estava previsto recurso do Fundo de Combate à
674 Pobreza para o Ministério da Saúde. Acrescentou, ainda, que o montante orçamentário definido para a
675 área de saneamento básico estava de acordo com a Resolução do CNS nº 137. Dessa maneira, os
676 recursos seriam direcionados para saneamento não tributável. Disse que o Programa Bolsa-
677 alimentação considerava as condicionalidades da saúde, assim, para pagamento das famílias
678 credenciadas a partir dessas condicionalidades, seria necessário R\$ 1,6 bilhão. Desse total, R\$ 1,1
679 bilhão foi incluído no orçamento da saúde, ficando R\$ 500 milhões no Fundo de Combate à Pobreza,
680 executado pelo Ministério do Desenvolvimento Social. Enfatizou, também, que os itens do Orçamento
681 Atendimento Hospitalar Ambulatorial (Média e Alta Complexidade), PAB Saúde da Família e Vigilância
682 Sanitária abarcava quase a totalidade do atendimento curativo, preventivo e assistencial. Destacou que
683 seria destinado R\$ 270 milhões do recurso para Atendimento Hospitalar/Ambulatorial (MAC) para
684 investimento na Média Complexidade. Sobre a dívida externa, explicou que o Governo Federal adotou
685 o superávit primário de 4,25%, logo, o Ministério da Saúde não tinha autonomia para contestação. A
686 propósito das Pioneiras Sociais, explicou que o aumento do orçamento destinado à Rede Sara de
687 Hospitais refletia o reajuste da inflação. Chamou a atenção para a importância dessa Rede para a
688 saúde e, disse que a proposta era ampliar a oferta de serviço para outras áreas de reabilitação. No que
689 diz respeito aos Hospitais Próprios, destacou que o reajuste era de 15%, com o intuito de integrar e
690 reordenar a rede. Em relação à saúde indígena, enfatizou que o aumento de 23% dos recursos visava a
691 ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do atendimento. Acrescentou que a prestação de
692 serviços para saúde indígena era feita em parceria com outros órgãos, entretanto a gestão da política
693 era feita pelo SUS e que estava sendo negociado financiamento do Projeto QUALISUS com o Banco
694 Mundial, com montante reservado para executá-lo. Antes de iniciar o processo de execução, lembrou,
695 que o Projeto seria submetido à apreciação do CNS. Falou, também, sobre a Farmácia Popular,
696 destacando que o seu objetivo era, por meio de subsídio, facilitar o acesso da população a
697 medicamentos estratégicos. Disse que seria importante somar investimentos de estados e municípios
698 ao crescimento de 12% do Orçamento e reorganizar a assistência, no sentido de ampliar a rede de
699 centros de atendimento – CAPS, Assistência Terapêutica, entre outros. Destacou, ainda, que houve um
700 aumento considerável para a capacitação permanente. Concluiu a sua intervenção, assumindo o
701 compromisso de encaminhar o Orçamento 2005 aos Conselheiros. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur**
702 solicitou esclarecimentos sobre os limites para despesas de funcionamento em relação aos serviços
703 bancários. Além disso, perguntou se todas as equipes do Programa Saúde da Família teriam uma
704 equipe de saúde bucal. Conselheiro **Irineu Messias Araújo** perguntou se na proposta orçamentária 2005
705 seria reservado recurso para a implantação do Plano de Carreira do SUS. Conselheira **Silvia Marques**
706 **Dantas** solicitou esclarecimentos sobre os recursos destinados ao Controle Social e se no item
707 orçamentário “Demais Ações” estava incluído recurso para os programas voltados a populações
708 específicas. Também ressaltou que seria necessário analisar o Orçamento 2005 junto com as metas do
709 Plano Nacional de Saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou esclarecimentos sobre o
710 incremento das rubricas de despesas de funcionamento relativas a serviços de limpeza e conservação,
711 vigilância ostensiva e serviços de consultoria. O Coordenador-Geral de Orçamento e
712 Financiamento/MS, **Arinaldo Bonfim Rosendo**, falou sobre as despesas de funcionamento, explicando
713 que, em 2003, o Ministério da Saúde era responsável pelo pagamento do benefício do Programa Bolsa-
714 Alimentação, logo, havia um gasto bancário considerável. Entretanto, a partir de 2004, o pagamento
715 passou a ser feito pelo Ministério do Desenvolvimento Social, o que resultou em alto limite

orçamentário. Sobre a contratação temporária, explicou que o Ministério da Saúde assinou termo de conduta comprometendo-se a substituir os profissionais contratados por organismos internacionais e o Presidente da República editou decreto, em 2003, para a realização de concurso simplificado para contrato temporário. Desse modo, os gastos com contratos, anteriormente feitos via organismos internacionais, foram incluídos no orçamento do Ministério da Saúde. Destacou, também, que os serviços de limpeza e conservação não eram executados por intermédio de terceirização, mas sim por contratação, após processo licitatório. Sobre a rubrica de serviços de consultoria, explicou que o limite orçamentário definido para 2005 era uma estimativa, logo, poderia ser executado ou não. Ressaltou, ainda, que o financiamento para o Projeto QUALISUS estava sendo negociado com o BID e BIRD e os recursos seriam destinados a investimento na rede hospitalar de estados e municípios. Concluiu destacando que a intenção deste primeiro debate com o CNS era mostrar, em linhas gerais, os números do Orçamento para 2005. Sendo assim, reafirmou o compromisso de encaminhar o Orçamento de forma mais detalhada aos Conselheiros. O Subsecretário de Orçamento e Financiamento/MS, **Valcler Fernandes**, falou sobre as despesas de funcionamento, destacando, em especial, que os serviços de consultoria, contratados por organismos internacionais foram transformados em contratos por produtos. A propósito do Programa Saúde da Família, explicou que a meta era alcançar a marca de 86 milhões de pessoas assistidas em 2005 e 82 milhões assistidas pelo Programa Saúde Bucal, de forma a atingir, até o final da gestão, a meta de 100% da população assistida. Informou, ainda, que a previsão de ampliação da força de trabalho e de aumento de remuneração estava contemplada na rubrica de Pessoal, entretanto, não foi possível analisar o recurso estimado para esse fim, porque os valores relativos a Pessoal foram encaminhados no dia anterior. Lembrou que o encaminhamento do Ministério da Saúde era para a realização de concursos em todas as suas unidades. Explicou que as Demais Ações eram descritas nos relatórios da execução orçamentária do Ministério da Saúde, repassado mensalmente à COFIN/CNS, e que seria definida metodologia para apresentar a discriminação por valores das mesmas. Disse, ainda, que a Secretaria encaminharia aos Conselheiros as metas do Ministério da Saúde agregadas ao Orçamento 2005. O Coordenador-Geral de Orçamento e Financiamento/MS, **Arinaldo Bonfim Rosendo**, informou que foi assegurado recurso no Orçamento para a realização de concurso público para repor o quadro de pessoal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entretanto, seria necessário analisar o Fundo Nacional de Saúde, no qual estava prevista a realização de concurso para reposição dos quadros dos Hospitais do Ministério da Saúde e abertura de vagas de Seguridade Social para substituir o pessoal contratado via organismo internacional ou por contratação temporária. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** lembrou que a COFIN/CNS realizaria reunião no dia 27 de agosto de 2004 para analisar o detalhamento do Orçamento 2005 e apresentar subsídio à votação do Orçamento 2005 na Reunião Extraordinária do CNS, que ocorreria no dia 30 de agosto de 2004. **RELATÓRIO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO (COFIN/CNS)** – Os Conselheiros **Fernando Luiz Eliotério** e **Gerônimo Paludo**, membros da COFIN/CNS, apresentaram o relatório da reunião da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN/CNS), realizada nos dias 02 e 03 de agosto de 2004, na qual foram discutidos os seguintes temas: **1)** regulamentação da EC nº 29; **2)** informes gerais e informes do SIOPS; **3)** análise orçamentária de julho de 2004; **4)** discussão sobre a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária (LOA) 2005 e Plano Nacional de Saúde; e **5)** discussão com os responsáveis pelos Programas Farmácia Básica (PAB) e Medicamentos Excepcionais. A propósito da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** informou que nas Conferências de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e Saúde Bucal houvera espaço para apresentação e discussão da regulamentação da EC nº 29, com distribuição de manifestos e aprovação de moções de apoio. Disse que, na reunião da COFIN/CNS, o Assessor do Deputado **Guilherme Menezes**, **Ubirajara Mota**, informou que, caso houvesse continuidade na protelação da votação do substitutivo, o próximo expediente a ser usado seria a verificação de quorum da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e, para tanto, seriam necessários quinze deputados. Informou, ainda, que o presidente da CSSF sinalizou para a possibilidade de realizar mais de uma reunião deliberativa durante a semana, de 09 a 13 de agosto de 2004, assim, era praticamente certo que, em havendo reunião deliberativa, o primeiro ponto de pauta seria a discussão e votação do substitutivo do Deputado **Guilherme Menezes**. Após a aprovação do Projeto de Lei na CSSF, este seguiria para a Comissão de Tributação e Finanças e, após a aprovação, seria enviado à Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania. Além disso, o Conselheiro reafirmou, a preocupação da COFIN/CNS com o depoimento recente na mídia da equipe econômica do governo sobre o interesse na desvinculação do orçamento de verbas aplicáveis pela União em áreas sociais (saúde, educação, entre outras) e ressaltou a discordância da Comissão com o referido interesse e a posição de urgência na regulamentação da EC nº 29, que, a propósito, apresentou os seguintes encaminhamentos: **a)** enviar

as moções aprovadas nas Conferências de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e de Saúde Bucal aos deputados da Câmara Federal e ao Governo Federal; **b)** garantir a participação de Conselheiros nas reuniões da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), inclusive, para cobrar dos deputados da referida Comissão o quorum necessário para viabilizar a votação; **c)** organizar um cadastro de Conselheiros com disponibilidade de deslocamento para Brasília, visando rápida mobilização quando houver reuniões da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF); **d)** estabelecer contato com o Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), Deputado **Eduardo Paes**, demonstrando o interesse do CNS na agilização da tramitação do Projeto de Lei; **e)** reiterar o convite ao Ministro **Antônio Palocci** para o debate sobre a desvinculação de verbas do Orçamento da União para áreas sociais, na próxima Reunião Ordinária do CNS, e convidar também o Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão, **Guido Mantega**, para esclarecimentos sobre a matéria; e **f)** solicitar maior empenho do Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, na questão e a presença do Ministério da Saúde no acompanhamento das reuniões da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), explicitando o interesse na aprovação do Projeto de Lei. No que diz respeito ao SIOPS, informou que foi colocado no ar, em 14 de julho de 2004, o SIOPS 2004. Em relação ao ano-base 2003, disse que apenas quatro estados responderam (São Paulo, Tocantins, Pará e Mato Grosso), com aplicação de 13,96%, 12,32%, 10,31% e 7,03%, respectivamente. Em relação às respostas dos municípios, ressaltou que foram recebidas 1063 até 03 de agosto de 2004. Acrescentou que, até 30 de julho de 2004, nenhum dos municípios dos Estados do Amazonas, Roraima, Amapá, Maranhão e Piauí tinham respondido ao SIOPS. Destacou, ainda, que os municípios dos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Ceará, em média, foram os que mais aplicaram recursos próprios em saúde em 2003. No que se refere à análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde em julho de 2004, o Conselheiro **Gerônimo Paludo** informou que a COFIN/CNS utilizou a metodologia adotada na última reunião, excluindo os programas de manutenção, atenção médica a servidores, modernização das unidades de pesquisa e considerando as prioridades governamentais e o volume de recursos de cada programa, com destaque aos itens de baixa execução orçamentária (empenho e liquidação). Assim, informou que, dos doze programas listados, apresentavam baixa execução orçamentária – Programa de Sangue e Hemoderivados; Qualificação Profissional do SUS; Fomento à Pesquisa em Ciência e Tecnologia; Implantação do Cartão SUS; PROESF; PROFAE; Medicamentos Excepcionais; Atenção à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem; Farmácia Básica (PAB); Ações de Vigilância Epidemiológica; Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VIGISUS) e Produção de Vacinas e Medicamentos. Somente o Programa de Fomento à Pesquisa em Ciência e Tecnologia teve sua situação alterada, porque os valores empenhados atingiram 87,23%. Segundo o Diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia/MS, **Reinaldo Guimarães**, que apresentou informe na reunião da COFIN/CNS, o aumento dos valores empenhados, era resultado da conclusão do Acordo de Cooperação Técnica e Descentralização Orçamentária junto ao CNPq e Finep. O Diretor afirmou, que havia previsão de liquidação de 100% desse valor até o final de 2004. O Conselheiro **Gerônimo Paulo** ressaltou também que se adicionava à listagem supracitada de Programas com baixos valores empenhados e liquidados “Outros Programas da FUNASA” e que a Comissão constatou que foram mantidos os altos valores empenhados e liquidados no Programa Medicamentos Excepcionais. Quanto ao Programa de Média e Alta Complexidade (MAC), a COFIN solicitou ao Representante da Secretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), **Celso Depollo**, que informasse nas próximas reuniões o montante de recursos orçamentários adicionais e a fonte, tendo em vista o aumento da despesa decorrente do reajuste concedido recentemente na tabela de procedimentos. No que se refere à discussão da LDO, informou que a COFIN/CNS se reuniria no dia 27 de agosto de 2004 para analisar a proposta. Informou, também, que não houvera convite oficial aos responsáveis pelos Programas Farmácia Básica (PAB) e Medicamentos Excepcionais para discussão na COFIN/CNS, devido ao acúmulo de demandas geradas pela realização das duas Conferências Temáticas no mês de julho de 2004. Dessa forma, o assunto fora transferido para a próxima reunião. Por fim, apresentou a proposta de pauta para a próxima reunião da COFIN/CNS, a realizar-se no dia 27 de agosto de 2004: **1)** informe do SIOPS; **2)** informes sobre a Regulamentação da EC nº 29; **3)** discussão sobre LOA 2005, PPA e Plano Nacional de Saúde; **4)** discussão com os responsáveis pelos Programas Farmácia Básica (PAB) e Medicamentos Excepcionais; e **5)** definição e homologação dos Membros da COFIN/CNS pelo CNS. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** lembrou que a posição do Ministério da Saúde, conforme pronunciamento do Ministro da Saúde na abertura da reunião, era de não votar a regulamentação da EC nº 29 em 2004, a fim de que houvesse tempo para aprofundar o debate. Nesse sentido, enfatizou que seria necessário debater a questão com a COFIN/CNS. Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo** lembrou, também, que a regulamentação da EC nº 29 era um dos pontos principais da pauta de debate do “Grito da Terra Brasil”. Nessa linha, disse que o Presidente da Câmara dos Deputados, em reunião com a CONTAG, afirmou que a regulamentação da Emenda era

uma das prioridades da Câmara. Todavia, falou que não haviam sido tomadas iniciativas nesse sentido. Na sua opinião, seria necessário promover articulação com a base parlamentar de apoio ao Governo, para discutir o tema. Ademais, sugeriu que o CNS reafirmasse a sua posição de garantir a regulamentação da EC nº 29 em 2004. Conselheiro **Ary Paliano** sugeriu que fosse definida força tarefa para mobilizar os deputados nos estados em prol da regulamentação da EC nº 29. Conselheiro **Eni Carajá Filho** solicitou que o Plenário reafirmasse a participação dos membros da Coordenação Nacional da Plenária de Conselheiros de Saúde, **Wanderli Machado** e **Júlio César das Neves**, nas reuniões da COFIN/CNS, com vistas a acompanhar o processo de debate sobre a regulamentação da EC nº 29. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** lembrou que o Plenário deliberou por garantir a participação de representantes da Coordenação da Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde no debate sobre a regulamentação da EC nº 29 na COFIN/CNS e ressaltou a importância de os integrantes da Coordenação da Plenária, que participam da reunião da COFIN/CNS, repassarem as informações aos demais. O integrante da Coordenação da Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde, **José Teófilo Cavalcante**, esclareceu que, sempre que participavam da reunião da COFIN/CNS, repassavam as informações aos demais membros. Ressaltou, também, que o processo de mobilização em prol da regulamentação da EC nº 29 continuava com diversas iniciativas, dentre elas, o dia nacional de mobilização (04 de junho de 2004). Acrescentou que alguns estados fizeram mobilização nas Conferências Estaduais de Saúde Bucal e convidaram deputados a participar das reuniões do Conselho, no entanto, não houve resposta por parte dos mesmos. Por fim, endossou a proposta de organizar cadastro de Conselheiros com disponibilidade de deslocamento para Brasília, visando rápida mobilização quando houvesse reuniões da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF). A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que o Plenário, na última reunião do CNS, autorizou a participação de membros da Coordenação da Plenária de Conselhos no debate sobre a regulamentação da EC nº 29 no Plenário do CNS e na COFIN/CNS. Acrescentou, ainda, que, além da Coordenação da Plenária, outras entidades apresentaram solicitação para participar das reuniões da COFIN/CNS. Para que não houvesse dúvidas, sugeriu que se debatesse e se definisse a composição e a estrutura da Comissão. Também ressaltou que a EC nº 29, para ser regulamentada em 2004, teria de ser colocada em regime de urgência para votação. Além disso, lembrou que, conforme notícia veiculada em jornal de grande circulação, não haveria desvinculação de recursos. Conselheiro **Gerônimo Paludo** ressaltou a importância de cobrar a regulamentação da EC nº 29 do Poder Executivo como um todo. Destacou, ainda, que a COFIN/CNS, juntamente com a sua consultoria técnica, buscava definir metodologia para otimizar a avaliação e debate da execução orçamentária. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu a definição de um grupo de Conselheiros para ir ao Congresso Nacional tratar com o Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família sobre a importância de agilizar a votação do Projeto de Lei de Regulamentação da Emenda. Propôs, ainda, que fosse divulgada nota no Jornal do CNS, manifestando a preocupação dos Conselheiros com o esvaziamento do Congresso Nacional, em virtude das eleições, e com o pouco interesse dos parlamentares no que diz respeito à regulamentação da Emenda. Com relação à composição da COFIN, lembrou que esta era uma Comissão Técnica responsável por subsidiar o CNS no acompanhamento da execução dos recursos da saúde, de tal maneira, um número excessivo de componentes poderia prejudicar os seus trabalhos. Nesse sentido, propôs que houvesse debate sobre sua reestruturação. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** explicou que, possivelmente, na semana seguinte à reunião do CNS, seria convocada reunião da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) para votação do Substitutivo do Deputado **Guilherme Menezes**. Desse modo, reafirmou a importância de garantir a presença de Conselheiros nas reuniões, a fim de garantir o quorum necessário à votação do Substitutivo. Informou, ainda, que os integrantes do Conselho Estadual do Rio Grande do Sul, participantes das Conferências Temáticas de Saúde Bucal e Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, comprometeram-se a discutir a atitude do Deputado **Darcísio Perondi** (PMDB/RS) por ter apresentado pedido de vistas, para que isso não voltasse a acontecer. Conselheiro **Gerônimo Paludo** explicou que, conforme afirmação do Presidente da Câmara dos Deputados, **João Paulo Cunha**, para votação do Substitutivo, em 2004, seria necessário consenso do Colégio de Líderes para que o mesmo fosse colocado em regime de urgência para votação, assim, sugeriu mobilização do CNS nesse sentido. O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**, ressaltou que a COFIN/CNS, junto com o Plenário do CNS, buscava definir metodologia capaz de otimizar a análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde. **Feitas essas considerações, o Plenário aprovou o relatório da COFIN/CNS, bem como as sugestões de encaminhamentos nele contidas, com adendos: a) encaminhar as moções aprovadas nas Conferências de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e de Saúde Bucal aos deputados da Câmara Federal e ao Governo Federal; b) garantir a participação de conselheiros nas reuniões da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), inclusive, para cobrar da referida Comissão o quorum necessário para viabilizar a votação; c) organizar um cadastro de Conselheiros com disponibilidade de**

deslocamento para Brasília, visando rápida mobilização quando houver reuniões da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF); d) estabelecer contato com o Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), Deputado Eduardo Paes, demonstrando o interesse do CNS na agilização da tramitação do Projeto de Lei; e) reiterar o convite ao Ministro Antônio Palocci para o debate sobre a desvinculação de verbas do Orçamento da União para áreas sociais na próxima Reunião Ordinária do CNS e convidar também o Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão, Guido Mantega, para esclarecimentos sobre a matéria; f) solicitar maior empenho do Ministro da Saúde, Humberto Sérgio Costa Lima, e viabilizar a presença do Ministério da Saúde no acompanhamento das reuniões da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), explicitando o interesse na aprovação do Projeto de Lei; g) promover mobilização no Colégio de Líderes para que o Projeto entre em regime de urgência; e h) debater e homologar a composição da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN/CNS).

ITEM 4 – INFORMES E INDICAÇÕES – *Informes:* 1) Representação no CONSEA - O Conselheiro **Augusto Alves de Amorim** apresentou informe sobre o debate concernente à representação do CNS no Conselho de Segurança Alimentar (CONSEA). Explicou que a CIAN/CNS debateu a representação do CNS nesse Conselho e decidiu mantê-lo como Conselheiro Observador titular e a Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** como suplente. Entretanto, o Pleno do Conselho, ao tratar da questão na 144ª Reunião, decidiu indicar a Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** à titularidade e o Conselheiro como suplente. De tal maneira, disse que enviou Ofício ao CNS, declinando da função de Conselheiro Observador suplente no CONSEA. Conselheiro **Eni Carajá Filho** informou que, na 144ª Reunião, os membros do Fórum de Defesa dos Portadores de Deficiência e Patologia e os usuários reuniram-se para debater a questão e foi apresentada a proposta de inversão dos representantes no CONSEA, assim o Conselheiro **Augusto Alves de Amorim** ocuparia a suplência e a Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** a titularidade. Nesse sentido, solicitou que o Plenário referendasse a proposta dos usuários e do Fórum e sugeriu que o Ofício não fosse enviado ao Ministro da Saúde, ao Ministro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e ao Presidente do CONSEA, conforme fora solicitado pelo Conselheiro **Augusto Alves de Amorim**, considerando que se tratava de uma questão interna do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lamentou o Ofício encaminhado, por parte do Conselheiro, ao CNS e ratificou a proposta de não enviá-lo ao Ministro da Saúde, ao Ministro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e ao Presidente do CONSEA, conforme solicitado. O Conselheiro **Augusto Alves de Amorim** acatou a posição do Plenário, entretanto, declinou da função de Conselheiro Observador Suplente no CONSEA.

2) I Congresso de Economia da Saúde da América Latina e Caribe – será realizado de 30 de novembro a 03 de dezembro de 2004, na cidade do Rio de Janeiro, e terá como tema “A Contribuição da Economia na Saúde para o Alcance da Equidade e Eficiência nos Sistemas e Serviços de Saúde”. A data limite para o envio dos resumos dos trabalhos é dia 31 de agosto de 2004.

3) I Seminário Nacional Humaniza SUS – será realizado de 20 a 22 de setembro de 2004, em Brasília-DF, com o objetivo de promover o intercâmbio de idéias, propostas, estratégias e experiências voltadas para uma Política de Humanização do SUS.

4) A Federação Nacional das Associações de Portadores de Hipertensão Arterial (FENAPHA) e a Associação Paulista de Assistência ao Hipertenso (APAH), enviou ofício de apoio ao editorial da diretoria do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP) contra as farmácias populares e as farmácias Dose Certa.

5) Os médicos do Estado de São Paulo, por meio do CREMESP, encaminharam cópia do ofício dirigido à Central Globo de Produções/Programa “Zorra Total”, onde é demonstrada preocupação a respeito do personagem “João Canabrava”, encenado pelo humorista Tom Cavalcanti.

6) Oficina para avaliação do SUS - será realizada nos dias 12 e 13 de agosto de 2004, na sede da OPAS, em Brasília-DF, com o objetivo de estabelecer acordos conceituais, identificar dimensões prioritárias para o primeiro relatório de avaliação e detalhar a forma de operacionalização da política de avaliação de desempenho do SUS.

7) XIV Congresso Nacional das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos – será realizado de 11 a 13 de agosto de 2004, em Brasília-DF.

8) I Festival Internacional de Humor em DST/Aids – convite para o lançamento do festival, no dia 04 de agosto, às 19 horas, no Centro Cultural Banco do Brasil, em Brasília-DF. Os três melhores trabalhos serão premiados.

9) O Conselho Consultivo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária convida o CNS para sua XVII Reunião Ordinária, no dia 10 de agosto, das 14h às 17h, na sala de reuniões do 5º andar do Edifício Sede da ANVISA, Brasília-DF.

10) O senador **Tião Viana** enviou o parecer da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania relativo ao Projeto de Lei do Senado nº 25, que define o ato médico.

11) Seminário Internacional de Engenharia de Saúde Pública, a realizar-se de 1º a 3 de dezembro de 2004, em Goiânia – Conselheira **Marisa Fúria** informou que os trabalhos deveriam ser enviados para a FUNASA até o dia 27 de agosto de 2004.

Indicações: 1) I Encontro da Política Nacional de Saúde do Trabalhador - será realizado nos dias 11 e 12 de agosto de 2004, em Belém-PA. O Núcleo de Referência em Saúde do Trabalhador solicita a indicação de um representante da CIST/CNS para participar no dia 12 de agosto de 2004, como expositor, no painel “Controle social no SUS: avanços e

obstáculos” - A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador deverá indicar representante para participar do Encontro. **2)** Comissão Técnica de Relacionamento do Conselho Estadual de São Paulo – o CES-SP convida um técnico do CNS para participar na qualidade de expositor da reunião extraordinária da sua Comissão Técnica de Relacionamento, que será realizada, no dia 10 de agosto, em São Paulo – a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, participará da reunião. **3)** I Encontro de Conselhos de Políticas Públicas – o Conselho Nacional de Segurança Alimentar solicita a indicação de um representante do CNS para participar do evento que acontecerá no dia 09 de agosto de 2004, em São Paulo – a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, e a Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** participarão do Encontro. **4)** Encontro de Experiências Comparadas em Trabalho e Formação em Saúde – a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/MS solicita um representante do CNS no Encontro de Experiências Comparadas em Trabalho e Formação em Saúde, a ser realizado de 11 a 13 de agosto de 2004, no auditório da OPAS, em Brasília-DF – o representante do CNS será indicado posteriormente. **5)** I Mostra de Saúde da Família de Camaragibe, PE – a Prefeitura Municipal de Camaragibe convida um representante do CNS para participar da rodada de diálogo sobre o tema “Controle social”, no dia 03 de setembro, durante a I Mostra de Saúde da Família de Camaragibe, PE – será definido um representante entre os Conselheiros **Silvia Marques**, **Francisco Batista Júnior** e **Marisa Fúria**. **6)** Evento sobre a temática “Efetivando o Controle Democrático na Saúde” – a Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário (Prefeitura de Goiânia) solicita a indicação de um representante do CNS para participar do evento que será realizado no dia 13 de agosto de 2004 – o Conselheiro **Eni Carajá Filho** foi indicado para participar do evento. *Pendência:* ampliar o GT sobre reestruturação das Comissões e agendar reunião. Os membros do GT definiriam data para a reunião. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** aproveitou a oportunidade para informar que fora publicada Portaria determinando a apresentação do Cartão SUS para a realização de procedimentos de alta complexidade, assim, várias unidades de saúde estavam exigindo o referido Cartão. Destacou a atual situação de implantação do Cartão e, solicitou que o CNS tomasse posição junto a SAS/MS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que, na última reunião do CNS, houve consenso sobre a proposta de envio de recomendação às Secretarias Municipais, por parte do Ministério da Saúde, para que não houvesse nenhuma atitude que impedisse o acesso a direitos garantidos a pretexto da apresentação do Cartão SUS até que se atingisse um percentual de implantação superior a 90%. Informou, ainda, que 85% da população do Município de Goiânia portava o Cartão SUS, o que representava uma exceção, considerando que a maioria dos municípios não atingiu a implantação mínima de 45%. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** fez uso da palavra para solicitar que fosse pautada na próxima reunião do CNS a apresentação do Sistema de Vigilância em Alimentação e Nutrição. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, registrou que fora distribuído aos Conselheiros para conhecimento levantamento das demandas enviadas ao CNS relativas ao ano de 2003 e os respectivos encaminhamentos. **RELATÓRIO DA COMISSÃO DE COORDENAÇÃO GERAL (CCG)** – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou o relatório da reunião da Comissão de Coordenação Geral (CCG), realizada no dia 14 de julho de 2004. Informou que na reunião foi definida a pauta da 146ª Reunião Ordinária, que acontecerá nos dias 31 de agosto e 1º de setembro de 2004, sendo: Abertura (Ministro da Saúde); Orçamento da saúde; OSCIPS (Proposta: convidar analistas para examinar parecer do CNS a respeito); Saúde do Trabalhador; Transição das equipes do PSF; e informes e indicações. Além disso, disse que a Comissão discutiu as Conferências Temáticas aprovadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde (Saúde do Trabalhador; Saúde Bucal; Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; DST/AIDS/HCV-Hepatite C; Atenção Básica em Saúde; Saúde Indígena; Educação Popular e Saúde; Gestão Participativa; Vigilância Sanitária; e Comunicação) e considerou que seria necessário adotar como tarefa prioritária para o próximo período a definição de encaminhamentos das deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, capazes de influir na ação dos Conselhos em cada esfera de Governo. Ressaltou que as etapas municipais e estaduais das conferências não poderiam ser apenas espaços de eleição de delegados para as etapas nacionais. Nessa linha, enfatizou que seria necessário maior investimento, a fim de possibilitar diagnóstico e deliberação de políticas para cada esfera de governo e a articulação das propostas municipais e estaduais para a definição de estratégias nacionais na Conferência Nacional. Além disso, sinalizou que seria de fundamental importância definir as Conferências que deveriam ocorrer em 2005, inclusive, em função de dotação orçamentária. A propósito, explicou que a sugestão da CCG era realizar as Conferências de Saúde do Trabalhador e de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde em 2005. As etapas municipais seriam iniciadas em julho de 2005 e teriam seis meses para serem realizadas, de modo que se valorizasse, nessa etapa, análise, formulação, deliberação e encaminhamentos para a esfera de governo correspondente. As etapas estaduais e nacional deveriam ser realizadas no 1º semestre de 2006, seguindo a mesma estratégia. Com relação à Conferência de Saúde Indígena, a proposta era de as etapas distritais acontecerem

também no 2º semestre de 2005, e a etapa nacional no final de 2005 ou início de 2006. Para todos os demais temas, a CCG sugeria a realização de Seminários Nacionais cuja pauta abrangeria as deliberações e temas das 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde. Feito esse informe abriu debate sobre não considerar o que risquei. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que seria necessário analisar o modelo utilizado para a realização das Conferências Temáticas de Saúde Bucal e Ciência e Tecnologia para, em seguida, decidir sobre a continuidade ou não do modelo de Conferências Temáticas. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** lembrou que o CNS definiu o debate sobre a Política de Recursos Humanos como uma das prioridades para 2005 e, nesse sentido, defendeu a discussão sobre o tema, independente do formato – conferência temática, seminário nacional, entre outros. Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo** disse que seria importante dar encaminhamento às propostas aprovadas nas últimas Conferências do Setor Saúde, em especial, na 12ª Conferência Nacional de Saúde para, em seguida, tratar sobre as Conferências previstas. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que uma das prioridades apontadas pela CCG referia-se à definição de encaminhamentos para as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde capazes de influir na ação dos conselhos em cada esfera de Governo. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** sugeriu que o CNS realizasse seminário para definir metodologia de organização para as conferências – relatoria, infra-estrutura, entre outros aspectos. Conselheiro **Eni Carajá Filho** lembrou que na 12ª Conferência foi aprovada a realização da Conferência de Saúde da População Negra, desse modo, ressaltou a importância de garantir a realização de evento (conferência, seminário, entre outros) para debater o tema. Sugeriu, ainda, que o tema Educação Popular em Saúde fosse um dos eixos temáticos da conferência ou seminário de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que a realização de conferências temáticas contribuía para consolidar a participação popular no debate sobre as políticas públicas, entretanto, seria necessário rediscutir o seu método e conteúdo. Chamou a atenção para a dificuldade de se realizar conferência no início de 2005, em virtude da mudança da gestão municipal. Destacou, ainda, que seria necessário garantir como prioridade a realização das Conferências Temáticas de Força de Trabalho (Recursos Humanos) e Saúde do Trabalhador. Conselheiro **Irineu Messias Araújo** chamou a atenção para a importância de o Plenário discutir a viabilidade de realizar a Conferência de Recursos Humanos no primeiro semestre de 2005, na qual seriam tratadas, entre outras questões, as diretrizes de Plano de Cargos e Carreiras do SUS e as relações de trabalho. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** sugeriu que o CNS realizasse pesquisa de amostragem sobre a realização das etapas municipais das conferências temáticas, a fim de definir proposta de planejamento. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que fora realizada pesquisa sobre a realidade das etapas municipais das conferências e a idéia era fazer um estudo sobre a questão. Destacou que as conferências não eram os espaços adequados para aprovar políticas, mas sim, para avaliar a implantação das mesmas. A propósito da Conferência de Saúde do Trabalhador, disse que o setor defendia a realização em 2005, de forma intersetorial. Ressaltou, ainda, que a proposta era realizar seminários nacionais para os temas aprovados na 12ª Conferência, de forma a garantir maior tempo para a preparação das conferências, com ênfase nas etapas municipais. Enfatizou, também, que, além do método e do formato, seria necessário definir a gestão do processo das conferências. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** ressaltou que havia consenso sobre a necessidade de reavaliar o modelo das conferências, destacando que, para isso, seria necessário dispor de um diagnóstico sobre o Controle Social no SVS. Além disso, reafirmou a importância de o Plenário manter as prioridades definidas - Conferência de Saúde do Trabalhador, Conferência de Recursos Humanos e Saúde Indígena. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que a Viradouro, Escola de Samba do Rio de Janeiro, escolheu “o sorriso” como tema para o próximo carnaval e, nesse sentido, disse que seria necessária a colaboração do CNS, na perspectiva de apoiar e divulgar o tema. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** solicitou que a Secretaria-Executiva enviasse o relatório da Conferência de Saúde Bucal aos Conselheiros antes da próxima reunião e que providenciasse a degravação da fala do Ministro da Saúde na Conferência. **Feitas essas considerações, o Plenário aprovou os seguintes encaminhamentos: 1) definir encaminhamentos para as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde; 2) promover debate sobre metodologia e gerenciamento das conferências; e 3) reservar recurso no Orçamento 2005 para a realização de três conferências temáticas, Saúde do Trabalhador, Saúde Indígena e Recursos Humanos, sendo que o modelo e prazos seriam acordados posteriormente.** Definido esse ponto, a Secretária-Executiva do CNS continuou a apresentação do relatório destacando os encaminhamentos definidos na 144ª RO do CNS: 1) Conferência Nacional de Saúde Indígena – O diretor do Departamento de Saúde Indígena da FUNASA solicita a inclusão da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena no calendário e orçamento de conferências temáticas do SUS, para o segundo semestre de 2005. A questão foi definida no debate sobre as Conferências programadas para 2005. 2) Seminário de Saúde Ambiental no Âmbito do SUS – Data: 19 a 21 de setembro de 2004. O Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** foi indicado para

participar do evento. **3)** VI Congresso Nacional da Rede Unida – Data: 02 a 05 de julho de 2005 – Local: Belo Horizonte/MG. Os representantes da Rede Unida solicitaram que fosse pautado pré-debate sobre o congresso no Pleno do CNS em novembro de 2004. **4)** A Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) do Senado Federal aprovou o substitutivo do relator **Tião Viana**, referente ao Projeto de Lei nº 25/02 (que define o ato médico), no dia 30 de junho de 2004. Até o presente momento, o Projeto e o Substitutivo estão na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), ainda sem relator e sem data para apreciação. Foi solicitada audiência com os senadores **Tião Viana** e **Lúcia Vânia** para tratar da questão. **5)** I Seminário de Saúde Pública Veterinária – Data: 11 e 12 de agosto de 2004 – Local: Porto Alegre. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina Veterinária convidam os conselheiros do CNS a participarem do evento e solicitam divulgação do mesmo. O Conselheiro **Gerônimo Paludo** foi indicado para participar do evento. **6)** Oficina da FIOCRUZ “Construindo um Programa de Formação Baseado em Competências”. Data: 12 e 13 de agosto de 2004. O segmento dos usuários indicará representante para participar do evento. Apresentados esses informes, a Secretária-Executiva do CNS destacou pontos de pauta pendentes para as próximas reuniões do CNS, a saber: Gestão do Trabalho; Avaliação do Plano Orçamentário de 2005; Política de Águas – sistema pré-pago de água e desmineralização/Crenologia; Planejamento 2005 do CNS; Humanização; Estatuto do Idoso; Secretaria de Gestão Participativa; GT OSCIPS; Saúde do Trabalhador; Transição equipe PSF; e suspensão da abertura de cursos na área de saúde. Sobre esse tema, Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** informou que a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH/CNS) realizaria reunião com representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação, no dia 06 agosto de 2004, para elaborar parecer da CIRH sobre suspensão da abertura de cursos na área de saúde. O tema será pautado para debate na próxima reunião do CNS. Além dos temas supracitados, os Conselheiros destacaram como pontos pendentes a serem pautados para debate no Pleno do CNS: saúde suplementar; papel da Secretaria de Gestão Participativa; e capacitação de Conselheiros. A Secretária-Executiva do CNS disse, ainda, que seria necessário agendar reunião do Grupo de Trabalho da Reestruturação das Comissões e GTs (Proposta: ampliar o GT); agendar reunião Grupo de Trabalho de Normatização (próxima reunião prevista para 02 de setembro de 2004); e agendar reunião do Grupo de Trabalho de Capacitação de Conselheiros. Também informou que a CCG solicitou à Comissão Organizadora do Seminário de Saúde do Trabalhador, que será realizado nos dias 25 e 26 de agosto de 2004, em São Paulo, a revisão da distribuição de vagas para os participantes, de forma a contemplar as entidades representantes dos usuários não ligadas a centrais sindicais, as entidades ligadas aos aposentados, as entidades ligadas aos trabalhadores da saúde e as entidades ligadas aos trabalhadores rurais. Acrescentou, ainda, que participariam do Seminário os Conselheiros titulares do CNS, um representante por estado e representantes da Plenária Nacional de Conselhos. Por fim, apresentou os seguintes informes e indicações ao Plenário: **1)** QUALISUS – Solicitação de um projeto do CNS. *Encaminhamento:* foi apresentado Projeto do CNS com a finalidade de criar uma rede de informações dos Conselhos de Saúde do país, permitindo a inclusão digital de todos, desenvolver *software* específico e dotar cada conselho de saúde com computador e acesso à internet. **2)** A Central de Movimentos Populares indicou nova representante para compor o CNS – **Rejane Macedo** como titular – em substituição ao Conselheiro **Jorge Nascimento Pereira**. *Encaminhamento:* informar à Executiva Nacional da Central de Movimentos Populares que o Senhor **Jorge Pereira** não está se afastando para candidatar-se a vereador em seu município, conforme informação disponível. **3)** A Central de Movimentos Populares solicitou a participação dos Conselheiros **Rejane Macedo** e **José Cláudio dos Santos** como membros titular e suplente, respectivamente, na COFIN/CNS. *Encaminhamento:* a CCG enviou a solicitação para ser apreciada na COFIN/CNS. Sobre esse item, foi acordado que o pleito seria discutido no debate acerca da recomposição da COFIN/CNS. **4)** O Conselho Estadual de Saúde do Piauí solicitou pautar o tema “Câmara de Compensação” na Reunião do CNS de agosto de 2004. *Encaminhamento:* o tema será incluído nos informes da próxima Reunião Ordinária do CNS. **5)** Conselho Municipal de Saúde de Corumbá – Data: 19 de julho de 2004 – Local: Corumbá/MS. O Conselho solicita a presença de representante do CNS. Não foi possível indicar representante. **6)** Oficina sobre “Descentralização – Avaliação, Controle e Monitoramento de Recursos” – Data: 12 e 13 de agosto de 2004. *Encaminhamento:* os Conselheiros **Alcides dos Santos Ribeiro** e **Luís Fernando Eliotério** e os membros do GT de Normatização foram indicados a participar do evento. **7)** Mostra Sociedade Viva - Violência e Saúde – O Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Recife convidam para inauguração da Mostra, dia 15 de julho de 2004, às 19 horas, em Recife/PE. Não foi possível acompanhar o evento. **8)** Posse da nova Mesa Diretora Gestão 2004/2006 - Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul convida para posse da nova Mesa Diretora, a realizar-se no dia 15 de julho de 2004, às 16h30, em Porto Alegre/RS. *Encaminhamento:* o Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** participou do evento. **9)** Seminário Regional de Saúde – O CEAP e o Fórum Sul de Saúde convidam para o Seminário “Os Desafios do Controle Social Pós-Conferências de Saúde”

nos dias 23 e 24 de julho de 2004. *Encaminhamento:* a Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** participou do evento. 10) Congresso Nacional das Entidades de e para Cegos “Defesa dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência” – convida para solenidade de abertura e para painel. De 26 a 30 de julho, em Vila Velha, no Espírito Santo. O Conselheiro **Volmir Raimond** participou do evento. 11) Os Conselheiros **Carlos Alberto Duarte** e **Francisco Batista Júnior** participaram do seminário “SUS, o Judiciário e acesso a medicamentos excepcionais” que discutiu a universalidade x seletividade. Informe sobre esse tema será publicado na Carta Eletrônica. 12) A 12ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde será realizada de 24 a 26 de novembro de 2004, em Brasília. A convocatória foi encaminhada aos estados. 13) Os Conselheiros **Clóvis A. Bouffleur** e **Eni Carajá Filho** participaram do Simpósio da Sociedade Brasileira de Hansenologia, realizado em Ribeirão Preto/SP. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** aproveitou a oportunidade para solicitar aos responsáveis a correção do folder distribuído na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal sobre a análise da Política de Saúde Bucal. **ENCERRAMENTO:** Nada mais havendo a tratar, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os trabalhos da 145ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: *Aos quatro dias do mês de agosto do ano de dois mil e quatro:* **Alexandre de Oliveira Fraga, André Luiz Bonifácio de Carvalho, Augusto Alves do Amorim, Ary Paliano, Ciro Mortella, Clóvis A. Bouffleur, Crescêncio Antunes da S. Neto, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Geraldo Adão Santos, Gerônimo Paludo, Geusa Dantas Lelis, Gilca Ribeiro S. Diniz, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, Jorge José Pereira Solla, José Cláudio dos Santos, Júlio Strubing M. Neto, Luiz Augusto A. Martins, Luiz Gonzaga de Araújo, Luiz Fernando C. Silva, Maria Irene M. Magalhães, Maria Leda de R. Dantas, Maria Natividade G. S. T. Santana, Maria Thereza M. de C. Rezende, Marisa Fúria Silva, Neide Regina C. Barriguelli, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo César A. de Sousa, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, e Willian Saad Hossne. *Aos cinco dias do mês de agosto do ano de dois mil e quatro:* **Augusto Alves do Amorim, Ary Paliano, Clóvis A. Bouffleur, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Gerônimo Paludo, Geusa Dantas Lelis, Gilca Ribeiro S. Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Irineu Messias de Araújo, João Donizeti Scaboli, Luiz Augusto A. Martins, Luiz Gonzaga de Araújo, Luiz Fernando C. Silva, Maria Irene M. Magalhães, Marisa Fúria Silva, Neide Regina C. Barriguelli, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo César A. de Sousa, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, e Willian Saad Hossne.****