



1
2
3
4
5
6
7 MINISTÉRIO DA SAÚDE
8 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
9

10
11 ATA DA CENTÉSIMA QÜINQUAGÉSIMA QUARTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
12 NACIONAL DE SAÚDE – CNS
13
14

15 **ITEM 1 – ABERTURA** – Aos quatro e cinco dias do mês de maio do ano de dois mil e cinco, no Plenário
16 “Omitlton Visconde”, do Conselho Nacional de Saúde, localizado no Ministério da Saúde, Bloco G,
17 Edifício Anexo, 1º andar, ala B, na cidade de Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima
18 Qüinquagésima Quarta Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde (CNS). O Conselheiro
19 **Francisco Batista Júnior** assumiu a coordenação dos trabalhos, cumprimentando os Conselheiros,
20 convidados e demais presentes à reunião e, de imediato, passou a palavra ao Ministro de Estado da
21 Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, Presidente do CNS, para a abertura oficial da sessão. O Ministro
22 de Estado da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, procedeu à abertura dos trabalhos, dirigindo-se ao
23 Plenário nos seguintes termos: “Bom dia a todos e todas. Eu gostaria de dar as boas-vindas aos
24 Conselheiros e Conselheiras aqui presentes e manifestar a nossa satisfação em recebê-los novamente.
25 Eu vou procurar ser bem sucinto para que a reunião se inicie o mais breve possível e porque nós temos
26 um evento agora com os Ministérios da Justiça e do Meio Ambiente para tratar sobre uma proposta
27 interessante que começamos a construir sobre a qualidade da água e que se tornou uma ação
28 intergovernamental. Eu gostaria de colocar o Conselho a par do tema relativo à requisição dos hospitais
29 do Rio de Janeiro e da decretação da situação de calamidade pública no Município do Rio de Janeiro.
30 Os Conselheiros acompanharam essa situação e nós explicamos ao Conselho a situação que ensejou a
31 decisão do Governo Federal de divulgar o Decreto, declarando a situação de calamidade pública na rede
32 hospitalar do Rio de Janeiro e a requisição de seis hospitais para que nós pudéssemos tentar normalizar
33 a situação do atendimento. Nós colocamos aqui o quadro que encontramos e o que nós fizemos ao
34 longo dos 41 dias que ficamos à frente dessas unidades de saúde. Nesse intervalo, houve a decisão do
35 Supremo Tribunal Federal em relação ao processo desencadeado pelo Governo do Município do Rio de
36 Janeiro de devolver os Hospitais Souza Aguiar e Miguel Couto, além do pagamento dos funcionários dos
37 hospitais remanescentes, que são da Prefeitura. Eu estive na segunda-feira dessa semana com o
38 Presidente do STF, Ministro **Nelson Jobim**, para tentar entender exatamente qual o teor da decisão do
39 Tribunal. Em primeiro lugar, o Supremo não decretou a constitucionalidade do Decreto, nem a
40 constitucionalidade da possibilidade de requisição de unidades de saúde. O Ministro **Jobim** limitou a
41 decisão ao que foi solicitado pela Prefeitura, ou seja, a devolução dos hospitais e o pagamento dos
42 funcionários dos hospitais remanescentes que ficavam sob a gestão do Ministério da Saúde, logo, não
43 entrou no mérito da situação local, se poderia haver decretação de estado de calamidade pública e
44 requisição de bens públicos. Então, essas questões não foram tratadas. O Tribunal entendeu que a
45 decretação do estado de calamidade pública e a requisição teriam sido uma forma disfarçada de
46 intervenção, que, para acontecer, tem que ser feita pelo Estado sobre o Município e do Governo Federal
47 sobre o Estado ou Distrito Federal e, ainda assim, é necessário todo um processo que antecede a
48 declaração de Estado de Defesa: o levantamento de garantias individuais durante certo período; e a
49 proibição de votação de matérias constitucionais no Congresso Nacional, por se tratar de uma
50 intervenção de um Ente da Federação sobre outro. Gostaria de deixar claro que essa não foi a intenção
51 do Governo federal e nem foi esse o entendimento, mas o STF considerou que havia uma intervenção
52 disfarçada e, nesse sentido, atendeu à demanda do Município do Rio de Janeiro, que tinha por objetivo,
53 ao estabelecer a distinção entre os dois hospitais e os demais, de, primeiro, reforçar o discurso de que
54 haveria unidades federais – na verdade, nós sabemos que essa figura não existe, pois os hospitais,
55 partir do momento que é feita a municipalização, passam a ser hospitais municipais. Inclusive, eu
56 conversei com o Ministro porque no julgamento do Mandado alguns ministros ponderaram sobre o
porquê de não devolver logo os seis hospitais ao Município e o Ministro **Jobim** respondeu que deveria
ater-se ao solicitado, ao teor do Mandado de Segurança. Eu perguntei ao Ministro se isso significa que o
entendimento era que esses hospitais não eram federais e ele respondeu que, ao requerer aquelas
unidades, que tinham sido unidades federais, o Ministério da Saúde rompeu unilateralmente com o

57 contrato de cessão. Por isso, eles consideraram que a decisão do Ministério era passível de ser
58 discutida, se fosse entendida como tal. Mas, do mesmo modo que o Ministério teve a faculdade de
59 romper unilateralmente esse contrato, ele pode dizer que não quer romper. Eu perguntei, textualmente,
60 se nós poderíamos devolver os quatro hospitais ao Município e o Ministro respondeu que sim, se esse
61 fosse o nosso desejo. Isso é importante porque a decisão do Supremo pode ter uma incidência em
62 outros processos que eventualmente possamos viver no Brasil. Pode-se abrir um precedente para que
63 alguém considere que um termo de cessão é um documento sem importância e imaginem se os
64 municípios do Brasil resolvessem devolver ao Ministério da Saúde o que foi do INANPS e o que foi do
65 próprio Ministério da Saúde. Então, isso foi uma questão que ficou clara na conversa. Inclusive, o
66 Ministro solicitou e nós vamos fazer, o que se chama Embargo de Declaração, para que o STF aclare a
67 decisão que foi tomada. Outro ponto importante que nós conversamos com o Ministro foi a questão da
68 desabilitação, porque, no julgamento, alguns Ministros disseram “vamos derrubar essa questão da
69 desabilitação, porque está tirando o poder e a responsabilidade legal do município de prestar assistência
70 à saúde”, como se nós estivéssemos tirando o papel constitucional e legal que o município tem de
71 prestar assistência à saúde. Então, nós fomos explicar que não se tratava disso. Explicamos a questão
72 da gestão, o que era a gestão da atenção básica, a gestão plena e que, na verdade, quando ocorre a
73 desabilitação, o Município não deixa de ter a responsabilidade e o direito de prestar assistência à saúde
74 e não deixa de ter a sua rede, mas passa a ser um prestador como qualquer outro e recebe o recurso da
75 área de média e alta complexidade pelo processo de pagamento da sua produção. Esse é um processo
76 interno do SUS, um processo que acontece de forma consensual nas Comissões. Daí eu expliquei o que
77 eram as Comissões Bipartite e Tripartite e falei sobre o papel dos Conselhos a respeito da reabilitação, e
78 ele entendeu, porque a minha preocupação era que houvesse um movimento do Município do Rio de
79 Janeiro para solicitar a declaração de inconstitucionalidade da desabilitação no Decreto. Mas isso,
80 inclusive, depois na própria reunião que tivemos com a Secretaria Municipal de Saúde essa semana, a
81 primeira informação que nos passaram foi que não desejam a habilitação da gestão plena, pois não
82 querem ser gestores plenos do Sistema. Imaginem se agora a habilitação passasse a ser um processo
83 definido pela Constituição ou se a Constituição passasse a interferir nisso. Nós também conversamos
84 sobre o receio que tínhamos de uma eventual tentativa do Município do Rio de Janeiro, como já tinha
85 dito várias vezes, de devolver integralmente 29 Unidades, que já foram federais, ao Ministério da Saúde,
86 inclusive, unidades de atendimento básico. Eu perguntei a ele qual seria o encaminhamento no caso de
87 uma situação como essa. A interpretação é de que se trata de um documento com valor legal, como tal,
88 o processo de devolução só pode acontecer por um entendimento administrativo ou jurídico. Ademais, a
89 tentativa de devolução desses hospitais pode representar um movimento de omissão do cumprimento da
90 responsabilidade constitucional em relação à prestação de serviço de saúde, cabendo ao Ministério da
91 Saúde entrar com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade do ato realizado pelo Município. Isso é muito
92 bom para nós porque nos dá a segurança de que ninguém vai poder chegar e dizer: “Eu quero devolver
93 meus hospitais ou outras unidades”. É bom salientar que nós conversamos sobre tudo isso como
94 hipótese, tratando-se de uma consulta informal. A outra questão importante da conversa com o Ministro
95 **Jobim** foi que ele disse: “Por conta desse Mandato de Segurança, eu me detive a ler toda a Legislação
96 do SUS, buscando a questão da responsabilização e me impressionou a falta de consistência desse
97 arcabouço legal do SUS. Você procura, procura e não consegue claramente identificar quem é
98 responsável.” Daí eu o informei sobre a discussão que nós estamos começando a travar sobre a Lei de
99 Responsabilidade Sanitária e ele afirmou que é uma questão que devemos nos aprofundar para deixar
100 claro, porque hoje todo mundo é responsável e, ao mesmo tempo, na prática, ninguém é responsável.
101 Por último, gostaria de informar que nós estamos em processo de negociação com a Prefeitura do
102 Município do Rio de Janeiro. Nós apresentamos uma proposta e a Prefeitura apresentou uma
103 contraproposta. Nós devemos decidir definitivamente essa questão nessa semana, espero que antes de
104 sexta-feira tenhamos uma decisão definitiva. Primeiramente, nós vamos nos entender no que diz
105 respeito à relação entre o Ministério e o governo municipal e, posteriormente, vamos ter uma reunião
106 conjunta com o Estado, que é o gestor pleno, para acertar os detalhes do processo como um todo. Eu
107 não vou antecipar quais os termos da negociação porque ainda não estão fechados, mas espero que até
108 sexta-feira nós tenhamos uma definição disso tudo. Há um desejo concreto da prefeitura de chegar a um
109 denominador comum sobre todo o processo que aconteceu lá no Rio de Janeiro”. Concluído o
110 pronunciamento do Ministro de Estado da Saúde, foi aberta a palavra para manifestações do Plenário.
111 Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**, de início, cumprimentou o Ministro da Saúde, os Conselheiros
112 e demais presentes à reunião. Registrou que o GT das Águas do CNS vinha discutindo questões
113 importantes sobre a utilização terapêutica das águas e apresentou o pleito de o Ministério da Saúde
114 participar, de forma compartilhada, da gestão da Comissão de Crenologia. Conselheira **Maria Leda de**
115 **R. Dantas** saudou o Plenário, em especial o Presidente do Conselho, e parabenizou o Ministério da
Saúde pela iniciativa de convidar a empresa para acompanhar a abertura dos trabalhos da reunião, de

117 forma esclarecer eventuais dúvidas sobre a situação da saúde no Município do Rio de Janeiro. Além
118 disso, destacou que a proposta da Lei de Responsabilidade Sanitária era uma marca dessa gestão,
119 sendo necessário envolver o CNS nesse debate. Também ponderou sobre a possibilidade de
120 representação do CNS acompanhar o Ministro da Saúde para dar suporte às ações feitas nos estados.
121 Conselheira **Lílian Alicke** solicitou que fosse incluída na pauta da próxima reunião do CNS a
122 apresentação da Política de Atenção ao Idoso, pela Secretaria de Atenção à Saúde/MS, conforme
123 definido há duas reuniões. O Ministro de Estado da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, respondeu
124 aos questionamentos dos Conselheiros, manifestando-se nos seguintes termos: "A respeito da proposta
125 de Lei de Responsabilidade Sanitária, que nós estamos elaborando, o papel dos Conselhos de Saúde é
126 muito relevante. Nós não queremos divulgar o teor da proposta, porque queremos que o Presidente da
127 República aprove as linhas gerais para que possamos abrir um debate na sociedade como um todo.
128 Todavia, nessa proposta, os Conselhos passam a ter um papel muito mais importante com relação à
129 fiscalização, à participação nas decisões, enfim, eu espero que na próxima reunião do Conselho nós
130 possamos fazer um debate inicial e distribuir a versão original. A respeito das outras questões colocadas,
131 trata-se apenas de questões de agenda. É possível integrar membros do Conselho nas ações que
132 fazemos nos estados; é só articular com a Secretaria-Executiva do Conselho e o Gabinete. Daí podemos
133 fazer uma mobilização. Trata-se apenas de uma questão de articulação. Normalmente, quando eu vou
134 aos estados, os Conselhos Locais e os Conselhos Estaduais e Municipais sempre estão, mas ainda não
135 tivemos esse nível de articulação com o Conselho Nacional. Além disso, é preciso verificar a
136 possibilidade de incluir na pauta da próxima reunião a apresentação da Política de Saúde do Idoso. Por
137 último, eu gostaria de informar que o Dr. **Moisés Goldbaum**, que é conselheiro do CNS, representando
138 a ABRASCO, é o novo Secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e deverá comparecer
139 aqui hoje para falar com vocês. Se forem necessários novos esclarecimentos, eu tentarei retornar à
140 reunião. Obrigado pela atenção de vocês".

ITEM 2 – APRESENTAÇÃO DA COMISSÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR SOBRE APORTE DE RECURSOS PÚBLICOS NO FINANCIAMENTO DE PLANOS DE SAÚDE

– Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, integrante da Comissão de Saúde Suplementar do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos convidando para compor a mesa os integrantes da Comissão de Saúde Suplementar do CNS, Dr. **Gilson Caleman**, Diretor da ANS; Conselheiro **Mário César Scheffer**; e a Professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), **Lígia Bahia**, representando a ABRASCO. Explicou que seria feita a apresentação dos principais pontos do estudo "Aporte de Recursos Públicos para Planos Privados de Saúde: subsídios para a apresentação do tema", elaborado em parceria com o Conselheiro **Mário César Scheffer** e a Professora da UFRJ, **Lígia Bahia**, na perspectiva de suscitar o debate sobre o tema no CNS. Feitas essas considerações iniciais, o Conselheiro **Mário César Scheffer**, coordenador da Comissão de Saúde Suplementar do CNS, iniciou a apresentação do estudo, falando, inicialmente, sobre a participação do Conselho Nacional de Saúde no processo de regulamentação do setor de saúde suplementar. Explicou que, apesar das limitações, o CNS vinha acompanhando a regulamentação do setor, marcada pela aprovação da Lei nº 9.656/98, pela criação e atuação da Agência Nacional de Saúde, a edição de sucessivas Medidas Provisórias e várias resoluções normativas. Explicou que, em 2001, o CNS organizou o Simpósio de Regulamentação dos Planos de Saúde em parceria com o Senado Federal e Câmara dos Deputados e atuou na derrubada da Medida Provisória nº 43, que pretendia, dentre outras mudanças, permitir maior segmentação da cobertura de planos de saúde. Em 2003, destacou que o CNS acompanhou a CPI dos Planos de Saúde e, nesse mesmo ano, promoveu o Fórum de Saúde Suplementar, junto com a ANS e o Ministério da Saúde. Ressaltou que, atualmente, participava da Câmara de Saúde Suplementar da ANS na condição de observador. Prosseguindo, destacou que a reativação da Comissão de Saúde Suplementar do CNS, em 2004, configurou-se em uma tentativa de afirmar a necessidade de a política do setor de saúde suplementar orientar-se pela defesa do direito à saúde e não apenas ocupar-se em ditar regras para o mercado. Ressaltou que essa iniciativa vinha contribuir para a necessidade de acabar com a falsa idéia de que no Brasil existem dois sistemas que não se relacionam: o SUS, sistema para os pobres; e os planos e seguros de saúde para os trabalhadores formais e a classe média. Prosseguindo, destacou que, conforme o Plano de Trabalho aprovado na 146^a Reunião Ordinária, realizada em setembro de 2004, a atribuição da Comissão de Saúde Suplementar do CNS era subsidiar a atuação do Conselho Nacional de Saúde nas discussões sobre o aperfeiçoamento da legislação e revisão do espaço institucional de regulamentação da saúde suplementar, bem como sua inclusão na Política Nacional de Saúde. Explicou que foram definidos como eixos prioritários de trabalho da Comissão: **1 - Controle Social:** **a)** promover a integração da assistência suplementar às instâncias de Controle Social do SUS; e **b)** definir mecanismos que possibilitem maior participação da sociedade nas discussões relacionadas à estrutura, funcionamento e regulamentação dos planos privados de saúde; **2) Financiamento:** **a)** realizar estudo e diagnóstico sobre os recursos públicos envolvidos direta e indiretamente no mercado de planos de saúde; **b)** avaliar deduções e renúncias fiscais; **c)** verificar o pagamento de planos de saúde; e **d)**

177 analisar o trânsito de clientes de planos de saúde nos serviços próprios e conveniados do SUS: o
178 resarcimento e a "fila dupla"; **3** - Regulamentação: **a)** fazer o levantamento dos projetos de lei de
179 iniciativas do governo e dos parlamentares em tramitação no Legislativo relacionadas à assistência
180 suplementar; **b)** realizar o levantamento dos principais conflitos e problemas da regulamentação no
181 âmbito do Poder Judiciário; e **c)** acompanhar o processo de reformulação da Lei nº 9.656/98; **4** -
182 Qualificação da Atenção: **a)** monitorar a qualidade da assistência; e **b)** mudar o modelo de atenção em
183 saúde. Explicou que, atualmente, a Comissão era composta por ele, na condição de coordenador, pelo
184 Fórum Nacional de Entidades de Defesa dos Portadores de Patologias e Deficiências; pelo
185 Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas –
186 COBAP/Usuários; pelo Dr. **Gilson Caleman**, Diretor da Agência Nacional de Saúde
187 Suplementar/ANS/MS; pela Conselheira **Graciara Matos Azevedo**, do Fórum das Entidades Nacionais
188 dos Trabalhadores da Área de Saúde – FENTAS/Profissionais de Saúde; pela Dra. **Lígia Bahia**, da
189 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO; pela Dra. **Maria Inês Dolci**,
190 da Associação Brasileira de Defesa do Consumidor – PROTESTE, na condição de suplente; pela Dra.
191 **Maria Lumena Sampaio**, do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC/Usuários; e pelo Dr.
192 **Otelo Correa dos Santos Filho**, Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de
193 Capitalização – FENASEG/Prestador de Serviços. Continuando a apresentação do documento, a
194 Professora **Lígia Bahia** falou sobre as características do setor de saúde suplementar. Informou que a
195 ANS definiu oito modalidades de empresas que operavam no setor de saúde suplementar: medicina de
196 grupo, seguradoras, cooperativas médicas, autogestões, filantrópicas, cooperativas odontológicas e
197 odontologia de grupo. Disse que, até janeiro de 2005, estavam registradas 1.795 operadoras, que
198 cobriam cerca de 39,8 milhões de usuários, correspondendo a 22% da população. Do total de
199 beneficiários, disse que 44,7% ainda possuíam planos antigos (anteriores à vigência da Lei nº 8.656/98)
200 e 75% dos planos novos eram coletivos. Ressaltou que outra característica do setor era a sua alta
201 concentração, com grande quantidade de pequenas operadoras, que contavam com números reduzidos
202 de usuários. Além disso, destacou que o setor de assistência médica suplementar movimentava cerca de
203 R\$ 27 a 29 bilhões por ano. Continuando, disse que o atual padrão de financiamento do sistema de
204 saúde no Brasil, caracterizado por elevado aporte de recursos provenientes de fontes privados,
205 demonstrava que as despesas com saúde eram predominantemente regressivas, seja por meio de
206 desembolso direto do cidadão (36,6% das fontes) ou por meio dos planos privados de saúde (22,2% das
207 fontes). Explicou que apenas 41% dos recursos eram provenientes de impostos gerais e contribuições
208 sociais, justamente aquelas fontes com maior potencial de redistribuição para toda a população.
209 Ressaltou que a estrutura de financiamento do setor gerava várias desigualdades, já que os gastos
210 médios *per capita* para os que estavam cobertos por planos de saúde eram aproximadamente três vezes
211 maiores do que para os demais cidadãos brasileiros. Destacou que os desníveis das proporções entre
212 oferta e demanda estavam relacionados, dentre outros fatores, aos diferentes valores de remuneração
213 praticados pelas empresas de planos e seguros de saúde e pelo Ministério da Saúde. Enfatizou que a
214 disposição dos estabelecimentos de saúde em regiões que possuem um número razoável de clientes de
215 planos e seguros de saúde tinha reflexo na oferta de determinados procedimentos ao Ministério da
216 Saúde e às Secretarias de Saúde. Exemplificou, destacando que somente 33,7% dos mamógrafos
217 estavam disponíveis para a população coberta apenas pelo SUS, enquanto 66,3% estavam disponíveis
218 exclusivamente para usuários de planos de saúde e pacientes particulares. Prosseguindo, Conselheiro
219 **Mário César Scheffer** falou sobre as exclusões de cobertura e atendimento de beneficiários de planos
220 de saúde em unidades do SUS. Explicou que a relação público-privado na saúde derivava também dos
221 limites e garantias de coberturas inscritas nos contratos de planos e seguros de saúde. Ressaltou que
222 havia vários casos e situações de exclusões de cobertura, restrições de atendimento e limitações,
223 sobretudo impostas a idosos e portadores de patologias que precisavam recorrer à rede de serviços
224 remunerados pelas instituições públicas, mesmo sendo usuários de planos de saúde. Explicou que uma
225 das contas pagas pelo SUS referia-se ao atendimento dos usuários idosos compelidos a abandonar os
226 planos, dados os aumentos exorbitantes concentrados nas últimas faixas, inviabilizando, muitas vezes, a
227 permanência dos mesmos no plano. Contudo, disse que era a vigência dos contratos antigos (cerca de
228 50% do universo) a maior responsável por restrições de toda ordem: limitação do período de internação
229 e do número de exames; falta de cobertura de doenças preexistentes e congênitas; e exclusão de
230 doenças. Já sob a vigência da legislação, destacou que, mesmo nos contratos novos, a segmentação
231 dos planos permitida por lei também levava a exclusões. Explicou que mesmo nos planos de referência,
232 que deveriam dar cobertura total, havia vários exemplos de limitações autorizadas pela legislação.
233 Ressaltou que a opção pelo agravo (atendimento a portador de doença preexistente, sem cumprimento
234 da carência de
235 dois anos, mediante acréscimo ao valor da prestação mensal do plano de saúde), apesar de ser
236 obrigatória por lei, não era oferecida ou possuía preços proibitivos. Ressaltou que empresas de

237 consultoria atuarial criaram tabelas para a “precificação” do agravo cujos valores estavam sendo
238 utilizados uniformemente por diversas operadoras de planos de saúde. Destacou, por exemplo, que o
239 custo mensal do agravo para doenças como HIV/AIDS seria de R\$ 5.223,24, enquanto um plano de
240 saúde para um diabético custaria R\$ 2.222,55. Desse modo, cabia ao SUS, na maioria das vezes,
241 acolher todos esses pacientes que eram impedidos de contratar um plano de saúde. Continuando,
242 informou que havia incentivos fiscais relacionados à demanda e à oferta de serviços privados de saúde.
243 No que diz respeito à demanda, ressaltou que tanto a vinculação a planos de saúde quanto a utilização
244 de serviços particulares eram objeto de dedução integral do Imposto de Renda de Pessoas Físicas
245 (IRPF) e do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ). Todavia, a principal forma de dedução fiscal
246 que as empresas empregadoras dispunham para abater os gastos com o pagamento parcial ou integral
247 dos planos de saúde de seus empregados era a permissão legal para considerar as despesas com
248 saúde como benefícios trabalhistas e, portanto, computadas como custo operacional. Enfatizou que esse
249 expediente permitia tanto o abatimento dos gastos com os planos de saúde no imposto de renda, bem
250 como o repasse desses custos para os preços finais dos produtos e serviços, o que era pouco percebido
251 pela sociedade. Chamou a atenção para a iniquidade dessa política tributária, em tese voltada a proteger
252 os doentes, já que os benefícios fiscais com planos de saúde e despesas médicas eram usados por
253 contribuintes de classe médica que declaravam renda e por empresas que podiam arcar com plano de
254 saúde para seus funcionários, sem que houvesse redistribuição desse investimento em saúde para a
255 parcela da população desassistida. Continuando, a Professora **Lígia Bahia** abordou a questão da
256 assistência prestada pelo SUS, usufruída por clientes de planos privados de saúde. Explicou que um dos
257 aspectos mais conhecidos dessa relação era o atendimento de clientes de planos de saúde por serviços
258 públicos e conveniados que realizavam procedimentos de alto custo/alta complexidade, remunerados
259 pelo Ministério da Saúde. Além disso, ressaltou que o atendimento de urgência e emergência, em várias
260 cidades brasileiras, era realizado por hospitais e serviços públicos de saúde. Destacou que, desde o final
261 dos anos 80, os gestores demandaram instrumentos para reaver, ao mesmo em parte, os custos
262 assistenciais referentes ao atendimento desses pacientes. Disse
263 que, até o momento, a ANS não havia divulgado quanto o SUS já havia deixado de receber diretamente
264 dos planos, todavia, até dezembro de 2004, a Agência havia informado a identificação de 573.951
265 atendimentos no SUS relativos a clientes de planos de saúde. Destas cobranças, 450 mil haviam sido
266 impugnadas, 202 mil haviam sido emitidas, mas ainda sem resposta de pagamento e apenas 47 mil
267 haviam sido efetivamente pagas (cerca de 8%). Dentre os procedimentos hospitalares mais freqüentes
268 oferecidos pelo sistema público e utilizados por beneficiários de planos de saúde, estavam, na ordem:
269 partos, insuficiência cardíaca, internação psiquiátrica, crises asmáticas, primeiro atendimento em clínica
270 médica, dentre outros. Destacou também, dentre as distorções da relação público-privado, a “dupla
271 porta” ou “fila dupla” do SUS, com atendimento a planos de saúde nas unidades públicas, especialmente
272 nos Hospitais Universitários. Prosseguindo, Conselheiro **Mário César Scheffer** tratou sobre o
273 financiamento de planos de saúde para servidores públicos, informando que, para 2005, estavam
274 previstos cerca de R\$ 980 milhões para pagamento de planos privados de saúde destinados ao
275 funcionalismo público federal. Disse que o Ministério da Saúde pretendia subsidiar planos de saúde para
276 100% dos servidores federais, já que, atualmente, apenas 1,8 milhão de pessoas - 38% do funcionalismo
277 - possuía plano privado financiado pelo governo. Acrescentou que, atualmente, os planos subsidiados
278 para servidores eram contratados de 138 operadoras e comprados diretamente do mercado. Enfatizou
279 que a contribuição do Governo para que o funcionalismo se vinculasse aos planos de saúde ia de
280 encontro aos preceitos de universalização da Constituição Brasileira. Na seqüência, falou sobre a
281 destinação de recursos do SUS para a manutenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
282 Explicou que, de acordo com o artigo 17 da Lei nº 9.961/00, que criou a ANS, na condição de autarquia
283 especial vinculada ao Ministério da Saúde, suas receitas eram, entre outras, a Taxa de Saúde
284 Suplementar, o produto de arrecadação das multas resultantes das suas ações fiscalizadoras, mas
285 também de dotações do orçamento geral da União. Apesar disso, destacou que, desde o primeiro ano
286 após a sua criação, percebeu-se o aumento da participação dos recursos do Tesouro Nacional
287 (MS/SUS) na composição do orçamento da Agência. Essa participação saltou de 13,7%, em 2001,
288 correspondendo a 8,7 milhões, para 47,8%, em 2005, correspondendo a 49,8 milhões. E, até a aquele
289 momento, a ANS não tinha adquirido a sua autonomia financeira, sem que fosse necessário o aporte de
290 recursos do SUS. Além disso, enfatizou que o CNS deveria discutir a proposta de criação de fundos
291 destinado às operadoras que passavam por dificuldades econômico-financeiras. Prosseguindo, destacou
292 os principais desafios a serem superados: a relação entre o setor de saúde suplementar e o SUS ainda é
293 um tema marginal nas agendas oficiais; a pauta é secundária nas instâncias de Controle Social do SUS,
294 na academia, nas agendas do movimento sindical e do movimento sanitário; falta aproximação entre as
295 instâncias de ensino e pesquisa, as instâncias de implementação de Políticas de Saúde e de Controle
296 Social; o tema tem impacto na mídia e na opinião pública; não há Controle Social na regulamentação; é

297 preciso ampliar o debate; é necessária atuação firme do Conselho Nacional de Saúde; é necessário
298 defender a saúde como bem de relevância pública e priorizar o acesso segundo as condições de saúde
299 (gravidade/necessidade) e não pela condição financeira; redistribuição de recursos sociais concentrados
300 em torno de interesses particulares; capacidade de pagamento direto ou indireto “filtrada” por critérios de
301 justiça e equidade; regulação voltada à ampliação da esfera pública, com garantia de atuação das
302 operadoras de planos de saúde; e delimitação de fronteiras entre o público e o privado (gestão,
303 prestação de serviços e financiamento).

304 Por fim, disse que, apesar de ser uma tarefa difícil, o CNS precisava refazer as contas dos recursos
305 envolvidos com a saúde, sob todos os aspectos desde a arrecadação até a destinação dos recursos,
306 tendo em vista seus impactos positivos nos rumos das Políticas de Saúde no Brasil. Conselheira
307 **Graciara Matos de Azevedo** registrou a preocupação do FENTAS com o aporte financeiro das
308 operadoras em atividade (2.146), já que 60% do mercado de saúde suplementar estava concentrado em
309 empresas de pequeno porte. Na seqüência, fez uso da palavra o Dr. **Gilson Caleman**, Diretor da ANS,
310 que, inicialmente, reafirmou o desafio da direção da Agência de defesa intransigente do Sistema Único
311 de Saúde e o compromisso de participar da Comissão de Saúde Suplementar do CNS. Também
312 destacou o esforço da ANS para rever o seu escopo legal e, a propósito, informou que o Ministério da
313 Saúde encaminharia consulta pública para modificar o suporte legal da Agência. Além disso, enfatizou
314 que a ANS vinha atuando no sentido de viabilizar corpo efetivo de funcionários, por meio da realização
315 de concurso público. Falou, ainda, sobre o Programa de Qualificação do Setor de Saúde Suplementar, lanciado em dezembro de 2004, cujos resultados iniciais haviam sido apresentados à Câmara de Saúde Suplementar no dia anterior. Explicou que o Programa tinha por objetivo melhorar os serviços prestados pelo setor e os seus resultados deveriam monitorar o redirecionamento do modelo nacional de prestação de serviços, em grande parte centrado na doença, para um novo modelo, centrado na saúde dos beneficiários. Explicou que essa iniciativa demandaria agenda comum da ANS com o Ministério da Saúde e o Controle Social do SUS, levando-se em consideração que a operadora deveria ser também gestora de saúde e a saúde suplementar era campo de produção da saúde. Afirmou que a atual direção da Agência trabalhava para aplicar, na prática, a legislação vigente e, a propósito, informou que os diretores entendiam que o ressarcimento ao SUS não deveria ser restrito apenas aos casos de internação e de atendimentos de urgência e emergência dos beneficiários dos planos atendidos na rede pública conveniada. Enfatizou, ainda, que era preciso descentralizar o processo de ressarcimento para estados e municípios, a fim de garantir o seu sucesso, haja vista a intensa judicialização desse processo, por parte das operadoras. Por fim, reafirmou o compromisso da Agência em prestar os esclarecimentos necessários ao Controle Social sobre as questões concernentes ao setor de saúde suplementar. Após essas considerações, foi aberta a palavra para manifestações do CNS. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** enfatizou que o CNS teria de centrar o debate nos problemas reais da relação da saúde pública-privada, a exemplo da opção de dedicação exclusiva aos profissionais de saúde SUS, a “dupla porta de entrada” e a compra de planos de saúde para funcionários públicos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, inicialmente, parabenizou os Conselheiros **Mário César Scheffer** e **Graciara Matos de Azevedo** e a Professora **Lígia Bahia** pelo trabalho e pela iniciativa de trazer a matéria para ser debatida no CNS. Prosseguindo, afirmou que o sistema de saúde no Brasil era privatizado, devendo o Controle Social trabalhar para reverter essa lógica. Nessa linha, propôs que o documento “Aporte de Recursos Públicos para Planos Privados de Saúde: subsídios para a apresentação do tema” fosse enviado a todos os Conselhos Estaduais de Saúde, a fim de servir de base para o debate visando a reversão da lógica de privatização do Sistema de Saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** chamou a atenção para a necessidade de o CNS definir formas para reverter a visão do SUS como um sistema de saúde para os “pobres” e da saúde como um negócio. Conselheiro **Eni Carajá Filho** defendeu que a relação público-privado na saúde fosse uma das prioridades da pauta do CNS, dada a predominância da lógica privada no financiamento e na prestação de serviços de saúde no país. Além disso, sugeriu que, além dos Conselhos Estaduais de Saúde, o documento do Grupo fosse encaminhado às Assembléias Legislativas e aos Ministérios Públicos, a fim de impedir o avanço da terceirização da saúde no Brasil. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** parabenizou o Grupo pela elaboração do documento, já que oferecia subsídios para discussão da matéria no CNS e em outros fóruns. Chamou a atenção para o fato de o SUS não possuir corpo jurídico competente para defendê-lo, inclusive, daqueles que se capacitaram para atacá-lo. Também enfatizou a gravidade do fato de o trabalhador atender o beneficiário de plano de saúde na rede pública durante a sua jornada de trabalho na rede pública, financiada com recurso público. Encaminhando, sugeriu que o CNS deliberasse pelo envio do documento aos Conselhos Estaduais de Saúde, às Assembléias Legislativas, à mídia e por inclui-lo como texto base de discussão do Simpósio de Política Nacional de Saúde, a ser realizado no Congresso Nacional. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** parabenizou o grupo pelo documento e pela iniciativa de trazer a discussão da matéria para o CNS. Além disso, solicitou esclarecimentos ao Diretor da ANS sobre o crescimento do

357 financiamento público para a Agência, a anistia de dívidas das operadoras com multas e o adiantamento
358 de recursos a operadoras em regime de liquidação extrajudicial. Também enfatizou a necessidade de
359 manifestação do CNS acerca da proposta do Governo Federal de oferecer, até o final de 2006, um plano
360 de saúde privado e unificado para todos os funcionários públicos federais, por entender que ia de
361 encontro aos preceitos do SUS e à concepção de saúde do Estado. Conselheiro **José Eri Medeiros**
362 sugeriu que o documento fosse divulgado a todas as instâncias de gestão, na perspectiva de servir de
363 eixo norteador para o debate sobre o aporte de recursos públicos para os planos privados de saúde e
364 outras matérias relativas ao setor de saúde suplementar. Além disso, enfatizou a necessidade de o CNS
365 aprofundar o debate sobre o resarcimento ao SUS, na perspectiva de otimizar o processo de
366 faturamento do setor público de saúde. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** parabenizou o
367 grupo pela qualidade do documento e registrou a sua preocupação, em especial, com a proposta de
368 criação de fundo de investimentos destinado às operadoras e seguradoras de saúde que passam por
369 dificuldades econômico-financeiras. Na sua visão, as operadoras teriam que modificar a lógica do
370 modelo de assistência à saúde, passando a priorizar a atenção básica e preventiva e não a atenção
371 secundária e terciária. Solicitou que a CCG pautasse o tema para discussão na próxima reunião do CNS,
372 com o tempo necessário para aprofundar o debate das várias questões colocadas e definir os
373 encaminhamentos necessários. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** também cumprimentou o grupo
374 pelo estudo e sugeriu que também fosse divulgado aos Ministérios, ao Congresso Nacional, às várias
375 instâncias de Controle Social do país e, em especial, à sociedade, dada a importância de iniciar o debate
376 sobre questões sérias levantadas no documento, dentre elas, a renúncia fiscal. Enfatizou que o
377 movimento sindical deveria liderar a luta contra o aporte de recursos públicos para planos privados de
378 saúde e em defesa do Sistema Único de Saúde. Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo** registrou os seus
379 cumprimentos ao grupo pelo documento e sugeriu que fosse considerado como subsídio para o
380 processo de capacitação de conselheiros. Além disso, disse que o Plenário deveria discutir o montante
381 expressivo de recurso público destinado à manutenção das Agências Reguladoras, em detrimento da
382 prestação de serviços de qualidade à população. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** propôs que
383 o estudo fosse submetido à Comissão de Saúde Suplementar do CNS, a fim de serem incluídos outros
384 temas relativos à saúde suplementar e, em seguida, fosse divulgado, em nome dessa Comissão.
385 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que, independente de ser encaminhado à Comissão,
386 o documento fosse aprovado pelo Plenário, nos moldes apresentados, a fim de ser divulgado a todos os
387 membros da sociedade civil. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que a professora **Lígia**
388 **Bahia** havia sido indicada para tratar sobre o aporte de recursos públicos para planos de saúde no
389 Simpósio de Política Nacional de Saúde. Conselheiro **Mário César Scheffer** sugeriu que, ao invés de
390 incluir novos temas no documento, a Comissão de Saúde Suplementar elaborasse propostas de
391 recomendações sobre a matéria, a serem submetidas à apreciação do Plenário. Conselheiro **Carlos**
392 **Alberto Duarte** defendeu que o Plenário aprovasse o documento, nos moldes apresentados, a fim de
393 ser, de imediato, divulgado e, na próxima reunião do CNS, a Comissão de Saúde Suplementar
394 apresentasse proposta de resolução, com base no texto. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** propôs que o
395 Plenário não aprovasse o documento naquela reunião, já que não havia sido encaminhado com
396 antecedência aos Conselheiros para ser analisado, mas sim, o recomendasse como subsídio para o
397 debate a respeito do aporte de recursos públicos no financiamento de planos de saúde. Conselheira
398 **Maria Leda de R. Dantas** sugeriu que o Plenário aprovasse o documento na reunião e as eventuais
399 sugestões fossem encaminhadas ao grupo que havia elaborado o documento. Conselheira **Solange**
400 **Gonçalves Belchior** também defendeu que o documento fosse aprovado nos moldes apresentados,
401 entendendo que apresentava dados para a discussão sobre aporte de recursos públicos para planos de
402 saúde e não um posicionamento ideológico e político do CNS sobre a matéria. Conselheiro **Carlos**
403 **Alberto Duarte** defendeu que o Plenário aprovasse o documento, na perspectiva de servir de subsídio
404 para ampliar o debate sobre a saúde suplementar e manifestasse o seu posicionamento político por meio
405 de resolução. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que fosse elaborado
406 texto sobre saúde suplementar, com base no debate, para ser distribuído no Simpósio de Política
407 Nacional de Saúde, juntamente com os demais textos. Considerando as sugestões do Plenário, a
408 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** submeteu à apreciação do Plenário a seguinte proposta de
409 encaminhamento: aprovar o documento nos moldes apresentado; e encaminhar eventuais
410 acréscimos ao texto para o grupo, até o final da reunião, a fim de serem incorporados. Após a
411 incorporação das contribuições dos Conselheiros, o documento seria divulgado às várias
412 instâncias do SUS, bem como distribuído no Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, a fim
413 de servir de subsídio para o debate a respeito do aporte de recursos públicos no financiamento
414 de planos de saúde. Além disso, a Comissão deverá elaborar proposta de resolução, com base no
415 texto, a fim de ser submetida à apreciação e deliberação do Plenário na próxima reunião do CNS.

ITEM 3 – COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN/CNS - Os integrantes da

417 COFIN/CNS, Conselheiros **Gerônimo Paludo, Fernando Luiz Eliotério e Júlia Roland**, assumiram a
418 coordenação dos trabalhos e definiram a dinâmica de debate do relatório da Comissão de Orçamento e
419 Financiamento/CNS. De início, o Conselheiro **Gerônimo Paludo** submeteu à apreciação do Plenário o
420 relatório da reunião da Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS, realizada no dia 6 de abril de
421 2005, que não havia sido apreciado na última reunião do CNS. Informou que na reunião foram tratados
422 os seguintes assuntos: análise da execução orçamentária do 1º trimestre de 2005; acompanhamento da
423 execução orçamentária de 2005, segundo o Plano Nacional de Saúde e análise dos valores
424 correspondentes empenhados; regulamentação da EC nº 29: tramitação do Projeto de Lei Complementar
425 nº 1, de 2003; informes do SIOPS: aplicação dos recursos na saúde pelos municípios e estados da
426 União; questões destacadas pelo Plenário do CNS na reunião do dia 9 de março de 2005; informes
427 gerais; e calendário das próximas reuniões da COFIN/CNS: 4 de maio de 2005, quarta-feira; 3 de junho
428 de 2005, sexta-feira; 6 de julho de 2005, quarta-feira; 3 de agosto de 2005, quarta-feira; 9 de setembro
429 de 2005, sexta-feira, 4 de outubro de 2005, terça-feira; 4 de novembro de 2005, sexta-feira; e 2 de
430 dezembro de 2005, sexta-feira. Inicialmente, apresentou a análise da execução orçamentária do
431 Ministério da Saúde no 1º trimestre de 2005. Destacou que a COFIN utilizou os seguintes critérios para
432 analisar o nível de execução orçamentária, considerando os dados da Tabela “Execução Orçamentária e
433 Financeira – 2005 – Consolidado – Ministério da Saúde – Posição Março (atualizado até 31.03.2005)”: **a)**
434 Adequado: valor de empenho igual ou acima de 25% do valor da coluna “Orçamento Aprovado-2005”; **b)**
435 Regular: valor de empenho igual ou acima de 20% e abaixo de 25% do valor da coluna “Orçamento
436 Aprovado-2005”; e **c) Inadequado:** valor de empenho abaixo de 20% do valor da coluna “Orçamento
437 Aprovado-2005”. Além disso, informou que, após a análise dos valores empenhados, houve a verificação
438 dos valores liquidados, com destaque para os casos considerados adequados e regulares em termos de
439 empenho, mas com baixa liquidação (inferiores a 17% do valor da coluna “Orçamento Aprovado - 2005”).
440 Explicou que os percentuais totais de empenho e liquidação que integram as Ações e Serviços de Saúde
441 – OCC (Outros Custos e Capital) atingiram 44,98% (R\$14.588.284.982) e 19,27% (R\$ 6.249.723.422),
442 respectivamente. Considerando os critérios fixados anteriormente, disse que o nível de execução
443 orçamentária em termos agregados no 1º trimestre foi adequado. Entretanto, ressaltou que houvera
444 variação de desempenho por unidade, tendo como percentuais de empenho, liquidação e nível de
445 execução orçamentária, respectivamente: FNS – 46,16%, 20,05%, adequado; ANVISA – 14,35%, 8,32%,
446 inadequado; FUNASA – 28,97%, 8,91%, adequado empenhamento, baixa liquidação ; FIOCRUZ –
447 19,69%, 5,50%, inadequado; ANSS – 40,68%, 12,73%, adequado empenhamento, baixa liquidação; e
448 GHC – 36,90%, 17,50%, adequado. Salientou que, ao analisar o nível de execução orçamentária (pelo
449 critério de empenhamento) dos itens/programas por unidade, observou-se que, do total de itens
450 considerados adequados em termos de empenhamento, tiveram baixa liquidação: nove itens do FNS;
451 dois itens da ANVISA; quatro itens da FUNASA; quatro itens da FIOCRUZ; três itens da ANSS; e um
452 item do GHC. Do total de itens considerados regulares em termos de empenhamento, tiveram baixa
453 liquidação: dois itens do FNS e um item do ANSS. Destacou que a Comissão questionou o item 7 –
454 Bolsa Alimentação - e solicitou esclarecimentos ao Ministério da Saúde e também demandou
455 informações sobre a necessidade de suplementação orçamentária dos itens 25 (Programa de Prevenção
456 das DST/AIDS) e 39 (Aquisição e Distribuição de Medicamentos DST/AIDS), no valor total de R\$
457 455.840.000. As despesas estariam estimadas em R\$ 1.261.205.000, sendo que a disponibilidade
458 orçamentária era de R\$ 805.365.000,00. Ao realizar a análise da execução por Unidades e
459 Itens/Programas, os integrantes da COFIN/CNS solicitaram a SPO/MS esclarecimentos, por escrito, até
460 a próxima Reunião Ordinária do CNS (que havia sido realizada nos dia 12, 13 e 14 de abril 2005), sobre
461 os itens com nível de execução adequada e regular, mas com baixa liquidação e sobre os itens com
462 nível de execução inadequada (empenhamento e liquidação). Prosseguindo, apresentou o resumo da
463 análise feita pela COFIN: **1) Adequada:** **a)** FNS: 7 (Bolsa Alimentação); 8 (Manutenção Administrativa);
464 10 (Hospitais Próprios); 11 (Instituto Nacional do Câncer); 12 (Pioneiras Sociais); 14 (Serviço de
465 Processamento de Dados – DATASUS); 16 (Incentivo para Controle de Endemias); 20 (Qualificação
466 Profissional do SUS); 24 (PROFAE); 25 (Programa de Prevenção das DST/AIDS); 27 (Média e Alta
467 Complexidade – MAC – AIH/SIA/SUS); 28 (Medicamentos Excepcionais); 29 (Piso Assistencial Básico –
468 PAB); 30 (Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS/PSF); 34 (Farmácia Básica – PAB); 38
469 (Aquisição e Distribuição de Medicamentos); 39 (Aquisição e Distribuição de Medicamentos/DST/AIDS);
470 42 (Auxílios ao Servidor); 43 (Assistência Médica a Servidores); e 44 (Sentença Judicial – Custo).
471 Porém, os itens 7, 10, 11, 14, 20, 24, 25, 38 e 39 tiveram baixa liquidação; **b)** ANVISA: 47 (Administração
472 da Unidade); 50 (Auxílios ao Servidor); e 51 (Assistência Médica a Servidores); **c)** FUNASA: 54
473 (Manutenção de Unidades Indígenas); 55 (Manutenção Administrativa); 56 (Sistema Nacional Vigilância
474 em Saúde/VIGISUS); 57 (Controle de Endemias); 60 (Auxílio ao Servidor); 61 (Assistência Médica a
475 Servidores); e 62 (Sentença Judicial – Custo). Todavia, os itens 54, 55, 61 e 62 tiveram baixa
476 liquidação; **d)** FIOCRUZ: 66 (Manutenção de Unidades de Pesquisa); 70 (Estudos e Pesquisas); 71

477 (Outros Programas); 73 (Auxílios ao Servidor); e 74 (Assistência Médica a Servidores). Entretanto, os
478 itens 66, 70, 71 e 74 tiveram baixa liquidação; **e) FUNASA** - o elevado nível de empenho (81,96%) e de
479 liquidação (74,10%) aponta para a necessidade de suplementação no curto prazo e, nesse sentido,
480 foram solicitados esclarecimentos sobre as providências a serem adotadas; **f) ANSS**: 77 (Administração
481 da Unidade); 78 (Assistência Suplementar de Saúde); e 80 (Auxílios ao Servidor). Porém, todos os itens
482 tiveram baixa liquidação; e **g) GHC**: 83 (Atenção Hospitalar da Unidade); 84 (Auxílios ao Servidor); e 85
483 (Sentença Judicial – Custo). Porém, o item 83 teve baixa liquidação. **2) Regular:** **a)** FNS: 18 (Vacinas e
484 Vacinação) e 33 (Vigilância Sanitária - PAB). Porém, ambos tiveram baixa liquidação; **b)** ANVISA –
485 nenhum item selecionado; **c)** FUNASA – nenhum item selecionado; **d)** FIOCRUZ – nenhum item
486 selecionado; **e)** ANSS: 79 (Outros Programas). Porém, o item teve baixa liquidação; e **f)** GHC – nenhum
487 item selecionado. **3) Inadequado:** **a)** FNS: 6 (Combate às Carências Nutricionais); 9 (Manutenção de
488 Unidades Operacionais); 13 (Publicidade de Utilidade Pública); 15 (Programa Sangue e Hemoderivados);
489 17 (Sistema Nacional de Vigilância em Saúde/VIGISUS); 19 (Outros Programas); 21 (Fomento à
490 Pesquisa e Tecnologia); 22 (Implantação do Cartão SUS); 23 (Programa de Estruturação Saúde da
491 Família – PROESF); 26 (KFW – PI e CE); 31 (Programa Interiorização Trabalho em Saúde – PITs); 32
492 (Atenção Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem); 35 (Atenção à Saúde Bucal); 37 (Ações de
493 Vigilância Epidemiológica); 40 (Participação em Organismos Internacionais); 41 (Reaparelhamento
494 Unidades do SUS); e 45 (Emendas Nominativas); **b)** ANVISA: 48 (Vigilância Sanitária de Produtos e
495 Serviços); e 49 (Programa Sangue e Hemoderivados); **c)** FUNASA: 56 (Sistema Nacional Vigilância em
496 Saúde/VIGISUS); 58 (Saneamento Básico – Demais Ações); 59 (Outros Programas); e 63 (Emendas
497 Nominativas); **d)** FIOCRUZ: 67 (Modernização de Unidades de Pesquisa); 68 (Adequação da Planta de
498 Vacinas); 69 (Produção de Vacinas e Medicamentos); e 75 (Emendas Nominativas); **e)** ANSS: 81
499 (Assistência Médica a Servidores); e **f)** GHC – nenhum item selecionado. Em relação aos programas
500 com execução orçamentária inadequada, informou que, dada a impossibilidade de trazer todos os
501 responsáveis por esses programas à reunião do CNS para prestar esclarecimento sobre os motivos da
502 baixa execução, a COFIN/CNS enviou memorando a Secretaria de Orçamento e Planejamento
503 solicitando posicionamento oficial sobre a baixa execução orçamentária dos itens destacados
504 e a Secretaria comprometeu-se a enviar nota técnica sobre a questão. Conselheira **Zilda Arns**
505 **Neumann** solicitou aparte para destacar que o debate sobre a execução orçamentária do Ministério da
506 Saúde deveria ser acompanhado pelos técnicos responsáveis pelos programas, a fim de que fossem
507 prestados os esclarecimentos necessários ao Plenário, em especial, sobre os motivos da baixa
508 execução orçamentária. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** registrou a ausência da representação do
509 Ministério da Saúde no debate sobre a execução orçamentária, por entender que isso prejudicava a
510 discussão. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** explicou que, atendendo à solicitação da COFIN/CNS,
511 a SPO/MS comprometeu-se a enviar, por escrito, na próxima reunião do CNS, esclarecimentos sobre os
512 itens que, reiteradamente, apresentavam nível de execução adequada e regular, mas com baixa
513 liquidação e sobre os itens com nível de execução inadequada (empenhamento e liquidação).
514 Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** sugeriu que o debate sobre a execução orçamentária fosse
515 suspenso, em virtude da ausência da representação do Ministério da Saúde para prestar os devidos
516 esclarecimentos ao Plenário. Conselheira **Júlia Maria Roland** propôs que a apresentação do relatório
517 fosse concluída e o debate sobre a execução orçamentária fosse adiado para a próxima reunião do
518 CNS, garantindo-se a presença dos representantes do Ministério da Saúde para prestar os devidos
519 esclarecimentos e possibilitando que o Plenário definisse os devidos encaminhamentos para a questão.
520 Conselheira **Zilda Arns Neumann** destacou que, conforme decisão anterior do Plenário, a Secretaria-
521 Executiva do CNS deveria convocar representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde para
522 acompanhar a discussão sobre a execução orçamentária e prestarem as informações necessárias ao
523 Plenário. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** destacou que seria necessário garantir, pelo menos, a
524 presença de um representante do Ministério para prestar informações sobre os motivos da baixa
525 execução dos Programas. Diante das considerações do Plenário, a Conselheira **Júlia Maria Roland**
526 sugeriu que fossem feitas a apresentação e a apreciação dos demais itens do relatório e o debate sobre
527 a execução orçamentária fosse suspenso. Conselheiro **Gerônimo Paludo** disse que o debate a respeito
528 da execução orçamentária poderia ser retomado no segundo dia de reunião e, para isso, a COFIN/CNS
529 solicitaria a presença de um representante da SPO para fazer os esclarecimentos que o Plenário
530 julgassem necessários. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que havia
531 feito vários contatos com a SPO no sentido de garantir a participação efetiva de representante dessa
532 Secretaria no debate sobre o orçamento, contudo, não obteve sucesso. Assim, a proposta era que a
533 SPO enviasse ao CNS, por escrito, as respostas aos questionamentos do Plenário. Informou, ainda, que
534 havia sido apresentada proposta para o debate da LDO e do Orçamento 2006 no CNS ao Colegiado do
535 Ministro da Saúde e houve o compromisso de reorganizar a metodologia de discussão desses
536 documentos. Conselheira **Zilda Arns Neumann** defendeu que fosse convidado um executor de cada

537 programa/ítem com baixa execução orçamentária para explicitar os motivos disso, por entender que
538 apenas um representante da SPO não conseguiria responder sobre todos os programas. A partir daí o
539 Plenário tomaria os encaminhamentos necessários para reverter essa situação. Conselheiro **Carlos**
540 **Alberto Duarte** disse que cabia aos representantes do Ministério da Saúde, no CNS, responder às
541 demandas do Plenário em relação ao orçamento do Ministério da Saúde. Registrou, ainda, que,
542 constantemente, os representantes do Ministério da Saúde não participavam de discussões de temas
543 importantes. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou a seguinte Questão de Ordem: suspenso o debate e comunicar o Ministro da Saúde sobre essa decisão, para que o mesmo viesse ao Plenário ou enviasse representante para responder aos questionamentos dos Conselheiros. Conselheiro **Gerônimo Paludo** sugeriu que o debate sobre a execução orçamentária fosse suspenso e fosse iniciada a apreciação dos demais pontos do relatório. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** propôs que o Plenário suspendesse a discussão sobre o orçamento e a retomasse no segundo dia de reunião, com a presença do Ministro da Saúde ou de sua representação. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou a seguinte Questão de Ordem: suspender o debate sobre a execução orçamentária; e discutir os demais itens do relatório que não estavam relacionados ao orçamento do Ministério da Saúde. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, ratificou a proposta de suspender, naquele momento, o debate sobre a execução orçamentária 2005 e sugeriu que o tema fosse retomado quanto fosse discutida a proposta de Orçamento 2006. **Não havendo consenso sobre como encaminhar o debate, a Secretaria-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz, submeteu à apreciação do Plenário as seguintes propostas de encaminhamento: 1) suspender o debate do relatório; ou 2) apreciar os itens do relatório que não possuem relação com a execução orçamentária.** A proposta número 1 recebeu 11 votos. A proposta número 2 recebeu 10 votos. Nenhuma abstenção. Diante do resultado da votação, o debate foi suspenso. A Secretaria-Executiva ficou responsável por entrar em contato com o Ministro da Saúde e definir o melhor encaminhamento para responder aos questionamentos dos Conselheiros. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que os informes e indicações e a resolução da Comissão de Comunicação fossem apresentados no primeiro dia de reunião, a fim de reservar espaço na pauta do segundo dia para a apresentação das respostas às questões dos Conselheiros sobre a execução orçamentária do Ministério da Saúde. A propósito, o Plenário decidiu que, após a discussão do Documento-Base da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, seria avaliada a possibilidade de apresentação desses itens. No segundo dia de reunião foi retomado o debate sobre a execução orçamentária do Ministério da Saúde. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que, conforme proposição da COFIN/CNS, a partir da próxima reunião, a análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde seria submetida à apreciação e deliberação do Plenário, com a presença de representantes do Governo para prestar os esclarecimentos necessários. Todavia, destacou que o Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa**, solicitou que o Plenário se manifestasse, naquela reunião, sobre as mudanças no Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para 2006. Nesse sentido, passou a palavra ao Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, integrante da COFIN/CNS, que informou sobre o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para 2006, que modifica a fórmula de cálculo do piso de gastos federais com os serviços de saúde, incluindo as despesas com assistência médica-hospitalar aos militares e seus dependentes nesse cálculo. Explicou que, a partir dessa proposta, os recursos do Ministério da Saúde seriam reduzidos em cerca de R\$ 500 milhões. Diante disso, apresentou uma proposta de moção de agravo contrária à inclusão das despesas com assistência médica-hospitalar aos militares do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias que está no Congresso Nacional. Conselheira **Zilda Arns Neumann** manifestou apoio à moção e manifestou-se contrária à destinação dos recursos da saúde a Programas como Bolsa-Família. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** propôs que fosse elaborada minuta de recomendação, solicitando a exclusão das despesas com assistência médica-hospitalar aos militares do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias, a ser encaminhada ao Congresso Nacional, justificando que os militares possuíam sistema próprio de assistência à saúde para si e seus dependentes. O Plenário aprovou o encaminhamento e, na tarde do segundo dia de reunião, a Secretaria-Executiva do CNS, apresentou ao Plenário a minuta de recomendação que solicita a exclusão das despesas com assistência médica-hospitalar aos militares do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias, que se encontra no Congresso Nacional, em respeito às crescentes necessidades de financiamento e aos princípios constitucionais, legais e demais normas do SUS, especialmente, a universalidade do acesso aos serviços de saúde e a igualdade da assistência à saúde. **A minuta foi aprovada e será encaminhada ao Congresso Nacional e aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.** ITEM 4 – A) APRESENTAÇÃO, APRECIAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO-BASE DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR – Os Conselheiros **Jesus Francisco Garcia** e **Solange Gonçalves Belchior** assumiram a coordenação dos trabalhos e convidaram o coordenador da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), **Marcos Peres**, para

597 apresentação de informe sobre o processo de preparação da Conferência. Segundo o coordenador, as
598 Comissões Executiva e Organizadora da Conferência foram instituídas e já haviam se reunido. Explicou
599 que a Comissão Executiva definiu a sua agenda de trabalho e os dois Ministérios (do Trabalho e da
600 Previdência), que compõem essa comissão juntamente com o Ministério da Saúde, comprometeram-se a
601 verificar as suas disponibilidades financeiras para contribuir na realização da Conferência. Disse que a
602 Comissão Organizadora apreciou e apresentou contribuições ao Documento-Base, que é composto
603 pelas seguintes partes: **1)** Apresentação; **2)** Conjunto de propostas apresentadas no Seminário
604 Preparatório da Conferência, realizado em novembro de 2004; e **3)** Anexo com as deliberações da 12ª
605 Conferência Nacional de Saúde relacionadas à saúde do trabalhador e da 2ª Conferência Nacional de
606 Saúde do Trabalhador. Ressaltou que, na reunião da Comissão Organizadora, foi sugerida a inclusão de
607 propostas das entidades que compõem a Comissão para serem discutidas na Conferência. Conselheiro
608 **Jesus Francisco Garcia**, integrante da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST/CNS),
609 ressaltou que, na avaliação da CIST, o texto do Documento-Base atendia à finalidade de subsidiar os
610 debates na Conferência, ainda que contemplasse questões polêmicas, apresentadas no Seminário
611 Preparatório da Conferência, realizado em novembro de 2004. Na sequência, foi aberta a palavra para
612 manifestações dos Conselheiros sobre o Documento-Base, que havia sido encaminhado anteriormente
613 aos Conselheiros. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** cumprimentou a Comissão pelo formato de
614 apresentação do texto, contudo, solicitou que o Plenário se manifestasse sobre a proposição de incluir,
615 no Documento-Base, propostas das entidades que compõem a Comissão Organizadora. Conselheira
616 **Gilca Ribeiro S. Diniz** defendeu que não fossem incluídas teses de entidades no texto do Documento-
617 Base. Conselheiro **Eni Carajá Filho** disse que era preciso fazer uma análise crítica do Seminário
618 Preparatório da Conferência, realizado em novembro de 2004, dado o mérito de determinadas
619 propostas. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** defendeu que o Documento-Base explicitasse
620 posição de consenso do Plenário sobre saúde do trabalhador. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz**
621 ressaltou que o Documento-Base era um documento do CNS que tinha por finalidade subsidiar as
622 discussões na Conferência, logo, deveria refletir o acúmulo de discussões do CNS sobre saúde do
623 trabalhador. Nessa linha, defendeu que o texto fosse revisto, já que possuía questões de méritos que o
624 CNS não aprovava, a exemplo da proposta de criação de Conselhos Gestores na Previdência Social.
625 Além disso, destacou que poderia ser incluído glossário no Documento para contemplar explicações
626 sobre o texto, as questões polêmicas e os textos das entidades sobre o tema. Após essas manifestações
627 sobre o Documento, foi aberta a palavra para apresentação de encaminhamentos. Conselheira **Graciara**
628 **Matos de Azevedo**, de início, ressaltou que o Plenário teria que considerar que o Documento-Base da
629 Conferência de Saúde do Trabalhador teve uma lógica distinta de elaboração, pois contemplou as
630 propostas apresentadas no Seminário Preparatório da Conferência. Dito isso, apresentou a proposta de
631 serem constituídos grupos de trabalho para revisar o Documento, a fim de suprimir os pontos repetitivos
632 e os “vícios” do texto. Além disso, ressaltou que, ao analisar os resultados do Seminário Preparatório, o
633 Plenário decidiu que não deveria constar no Documento a proposta de criação de Conselhos Gestores
634 na Previdência Social. Discordou, também, que fossem agregados ao Documento-Base textos de
635 entidades, por entender que as posições das várias entidades deveriam ser discutidas nos seus
636 respectivos fóruns de debate. Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** manifestou-se preocupado com a
637 possibilidade de o Plenário desconsiderar os resultados do Seminário Preparatório, que havia sido
638 organizado pelo CNS, como subsídio para o debate na Conferência, uma vez que explicitava os pleitos
639 dos trabalhadores. Além disso, disse que não era contrário à proposta de as entidades apresentarem
640 textos para serem discutidos na Conferência. O coordenador da 3ª CNST, **Marcos Peres**, de início,
641 registrou que 28 de abril era o dia mundial de memória das vítimas de acidentes e doenças de trabalho e
642 existia grande movimento nacional, lutando pela melhoria das condições de vida no trabalho. Em relação
643 ao Documento-Base, disse que o texto poderia ser reformulado, de forma a contemplar o acúmulo de
644 debate do Controle Social, sendo as deliberações das 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde do
645 Trabalhador e da 12ª Conferência Nacional de Saúde sobre o tema. Já os resultados do Seminário
646 Preparatório poderiam ser lançados, separadamente, a fim de serem discutidos nas bases. Também
647 informou que seriam elaborados textos de apoio técnico, com explicações sobre termos utilizados, a fim
648 de facilitar a compreensão do Documento. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** sugeriu que os
649 debates do Seminário Preparatório da Conferência fossem divulgados na íntegra como subsídio para os
650 debates. Além disso, enfatizou a necessidade de reformular o texto, de formar a explicar com mais
651 clareza o histórico sobre a elaboração do Documento, a sua estrutura e finalidade. Também solicitou que
652 o Documento-Base fosse publicado de acordo com as regras da Associação Brasileira de Normas
653 Técnicas (ABNT). Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo** enfatizou a necessidade de concluir o
654 Documento-Base com a máxima urgência, a fim de ser encaminhado aos municípios, já que as etapas
655 municipais da Conferência teriam início no mês de maio de 2005. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**
656 **Aparecida da Cruz**, ressaltou que o Conselho era o responsável pela Conferência, logo, o Documento-

657 Base deveria manifestar o acúmulo de debate do Controle Social sobre saúde do trabalhador. Nessa
658 perspectiva, disse que o Plenário teria que apreciar e deliberar sobre o Documento-Base naquela
659 reunião, já que esse seria o eixo norteador dos debates das Conferências Municipais e Estaduais.
660 Assim, ratificou a proposta de o Plenário dividir-se em três grupos para analisar os três eixos do
661 Documento e concluir-lo na reunião. Além disso, destacou que as entidades que escreveram textos sobre
662 saúde do trabalhador poderiam trocar informações entre si por meio de *link* na página do Conselho.
663 Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** fez uso da palavra para registrar a importância de as propostas do
664 Seminário Preparatório da Conferência servirem de subsídio para o debate, contudo, entendia que não
665 deveriam ser assumidas como proposições do Conselho. **Após essa consideração, o Plenário decidiu**
666 **dividir-se em três grupos para analisar e apresentar contribuições aos textos referentes aos três**
667 **eixos do Documento: 1) Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em**
668 **saudé dos (as) trabalhadores (as)?; 2) Como incorporar a saudé dos (as) trabalhadores (as) nas**
669 **políticas de desenvolvimento sustentável do país?; e 3) Como efetivar e ampliar o Controle Social**
670 **em Saúde dos (as) trabalhadores (as)?**. Os grupos reuniram-se no final da tarde do primeiro dia de
671 reunião e, conforme acordado, no segundo dia, submeteram à apreciação dos Conselheiros as
672 contribuições apresentadas ao texto. **Eixo Temático 1 - Como garantir a integralidade e a**
673 **transversalidade da ação do Estado em saúde dos (as) trabalhadores (as)?** – Conselheiro **Clóvis A.**
674 **Boufleur** explicou que, inicialmente, o grupo agregou as propostas em cinco blocos, conforme o
675 assunto, sendo: Políticas Gerais; Organização; Formação; Informação; e Financiamento. Com isso, as
676 propostas foram renumeradas. Além disso, disse que o grupo apresentou as seguintes sugestões: **1)**
677 **Políticas Gerais:** **a)** inclusão de nota de rodapé, conceituando o que é nexo epidemiológico e nexos
678 etiológicos; **b)** nova proposta de redação: Propor fóruns de debates e realizar esforços políticos
679 concentrados para discutir a legislação, possibilitando a atuação integral e transversal dos Órgãos
680 Institucionais; e **c)** Nova proposta de redação: Reduzir a monetarização dos riscos, evitando as
681 condições insalubres de trabalho; **2) Organização:** novas propostas de redação, nos seguintes termos:
682 **a)** Garantir, ao trabalhador rural, condições reais de acesso ao Sistema Único de Saúde, assegurando
683 um atendimento com qualidade, integralidade e humanizado, tais como funcionamento noturno para
684 realização de pré-natal, prevenção de câncer de colo uterino, acompanhamento de pessoas com
685 diabetes, hipertensão, entre outros, com atendimento noturno também disponibilizado para os
686 trabalhadores urbanos; **b)** Incluir outros profissionais de saúde na Comissão de Perícia da Previdência
687 Social para avaliar recursos negados de nexos-causais relacionados ao trabalho; **c)** Instar à Previdência
688 Social o cumprimento de sua função, humanizando-a, e garantindo aos que dela necessitam o acesso
689 aos benefícios previdenciários; **d)** O Ministério da Previdência Social deve realizar concurso público para
690 médicos e peritos da Previdência Social; nova proposta de redação: Descentralizar o Grupo Executivo
691 Interministerial de Saúde do Trabalhador – GEISAT, criando-o em todas as instâncias da Federação –
692 nacional, estadual e municipal, estabelecendo mecanismos de referência e contra-referência entre as
693 Instituições participantes GEISAT, nos moldes do que está implantado no SUS; **e)** Estabelecer
694 mecanismos de gerenciamento das ações previstas na Política Nacional de Segurança e Saúde do
695 Trabalhador; **f)** Que os Serviços Especializados de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho –
696 SESMT's, sejam transformados em Serviços Especializados de Segurança no Trabalho, e que empresas
697 tenham participação efetiva na melhoria das condições de trabalho. **3) Formação:** novas propostas de
698 redação: **a)** Valorizar as instituições de pesquisa e de desenvolvimento de conhecimento na Área de
699 Saúde do Trabalhador, assegurando a reorientação das ações dessas Instituições para o atendimento
700 das demandas sociais, devendo ter currículos voltados à humanização das relações de trabalho; **b)** Os
701 gestores do SUS devem capacitar os seus profissionais para identificarem a relação entre o atendimento
702 de saúde prestado aos trabalhadores e os riscos em seus respectivos ambientes de trabalho; **c)**
703 Estruturar a formação em saúde do trabalhador de maneira integralizada, evitando a
704 compartmentalização; **d)** Garantir a formação de profissionais, das diversas instituições, por meio de
705 programas e ações articuladas e conjuntas; e **e)** Cumprir a Convenção nº 161 da Organização
706 Internacional do Trabalho – OIT que prevê a inserção dos princípios de segurança, de saúde e do meio
707 ambiente no trabalho, como tema transversal, nos currículos dos níveis fundamental, médio e superior
708 de ensino. **4) Informação:** nova proposta de redação: Delegar aos Conselhos de Saúde, por meio das
709 Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador, nas três esferas de governo, o acompanhamento da
710 implementação e divulgação da Rede Nacional de Atenção Integral de Atenção à Saúde do Trabalhador
711 – RENAST; e **5) Financiamento:** novas propostas de redação, nos seguintes termos: **a)** Os órgãos
712 públicos que atuam em segurança e saúde do trabalhador devem efetivar o debate com instituições de
713 financiamento de pesquisas para valorizar as ações de segurança e saúde do trabalhador; e **b)** Prever
714 parâmetros de atuação integrada dos orçamentos para os três Ministérios participantes do GEISAT. **Eixo**
715 **Temático 2: Como incorporar a saúde dos (as) trabalhadores (as) nas políticas de**
716 **desenvolvimento sustentável do país?** - Prosseguindo, Conselheiro **Gerônimo Paludo** apresentou as

717 contribuições apresentadas pelo grupo ao texto do eixo temático 2 do Documento. Explicou que o grupo
718 apresentou nova proposta de redação para os seguintes itens: **1)** Entender desenvolvimento social como
719 qualidade de vida que assegure direito à moradia, à saúde, ao transporte, ao trabalho em condições
720 saudáveis, ao lazer e a preservação do meio ambiente; **6)** Estabelecer uma Política de Estado quanto ao
721 desenvolvimento sustentável (supressão do texto estava entre parênteses); **14)** Garantir políticas que
722 assegurem o desenvolvimento de tecnologias limpas; **22)** Incorporar o conceito de desenvolvimento
723 sustentável integrado a segurança e saúde do trabalhador na formação profissional em geral, educação
724 popular em saúde, assim como na capacitação dos profissionais que atuam e que discutam a segurança
725 e saúde do trabalhador, na perspectiva de priorizar a redução da exposição dos riscos; e **29)**
726 Responsabilizar o empregador e as empresas, independentemente do setor econômico, infratores das
727 legislações ambiental, sanitária e trabalhista e criar incentivos para aqueles que invistam na prevenção
728 aos agravos da saúde do trabalhador (incorporação do item 33). Conselheiro **Crescêncio Antunes da**
729 **S. Neto** apresentou nova proposta de redação para o texto que introduz as propostas do eixo temático 2:
730 A temática do desenvolvimento sustentável está na agenda dos movimentos sociais, das instituições e
731 do Governo, visando melhorias nas condições de vida da população por meio do crescimento, trabalho,
732 geração de emprego e renda e realizando as transformações sociais desejadas. É preciso garantir que
733 as políticas públicas que promovem o desenvolvimento no País considerem seus impactos na saúde e
734 na vida dos trabalhadores. **Eixo Temático 3: Como efetivar e ampliar o Controle Social em Saúde**
735 **dos (as) trabalhadores (as)?** – Na seqüência, o Conselheiro **Eni Carajá Filho** submeteu à apreciação
736 do Plenário as alterações do grupo às propostas relativas ao eixo 3: **1)** nova proposta de redação:
737 Fortalecer Comissões Intersetoriais de Segurança e Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS em todos
738 os níveis com a participação de todos agentes sociais envolvidos; **2)** nova proposta de redação: Garantir,
739 na política nacional de saúde e segurança do trabalhador, a representação dos trabalhadores e do
740 controle social, em todas as instituições públicas; **3)** supressão; **5)** supressão; **7)** nova proposta de
741 redação: Garantir a implantação de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador em todas esferas
742 dos Conselhos de Saúde; **7)** nova proposta de redação: Apresentar e discutir nos Centros de Referência
743 em Saúde do Trabalhador e Conselhos Municipais de Saúde os documentos originados dos Ministérios
744 da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social; **17)** nova proposta de redação: Participação,
745 na qualidade de convidados, dos representantes do Ministério Público do Trabalho, em todos os estados,
746 no controle social; **20)** nova proposta de redação: Que as Conferências Nacionais de Saúde do
747 Trabalhador sejam realizadas um ano antes da Conferência Nacional de Saúde; **23)** supressão; **28)**
748 supressão; **29)** nova proposta de redação: Que haja intersetorialidade e transversalidade nas ações de
749 Políticas Públicas para atender ao que se propõe o SUS - em saúde do trabalhador, garantindo o
750 controle social; **33)** supressão; **34)** nova proposta de redação: Estimular a articulação das entidades que
751 tenham relação com a Saúde do Trabalhador por meio de eventos específicos, pertinentes à região; **35)**
752 nova proposta de redação: Criar mecanismos de interação entre as representações dos Conselhos de
753 Saúde; **36)** supressão; **37)** nova proposta de redação: Que o Conselheiro de Saúde tenha interação com
754 a base de representação; **38)** supressão; **48)** nova proposta de redação: Promover eventos, em saúde
755 do trabalhador, em locais de grande fluxo de pessoas; **49)** supressão; **50)** supressão; **51)** nova proposta
756 de redação: Estabelecer intercâmbio entre todas as esferas de controle social: municipal, estadual e
757 nacional, inclusive através da campanha “O SUS é para todos”; **55)** nova proposta de redação:
758 Implementar um novo modelo de Controle Social na Previdência e no Trabalho, rompendo com as
759 práticas existentes; **57)** nova proposta de redação: Propor estratégias para preparar e estimular a
760 população para exercitar o Controle Social; **63)** supressão; **64)** nova proposta de redação: O modelo de
761 controle adotado por cada Ministério que possui interfaces com a Saúde do Trabalhador deve ser
762 analisado de forma a não se tornar o modelo excludente; e **65)** nova proposta de redação: Que os
763 Planos Municipais de Saúde sejam realizados com olhar para a realidade local, discutidos e aprovados
764 nos Conselhos de Saúde, como forma única do Município ser habilitado, nos termos da Lei Federal nº
765 8.142/90. Concluída a apresentação das propostas, foi aberta a palavra para apresentação e debate das
766 questões de mérito. As propostas relativas à forma do texto seriam encaminhadas, por escrito, à
767 Comissão. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que o texto fosse revisado, de forma a
768 suprimir as questões de saúde de âmbito geral, que haviam sido discutidas na 12ª Conferência Nacional
769 de Saúde. Conselheira **Maria Leda de R.Dantas**, disse que, após a conclusão do debate dos eixos
770 temáticos, seriam elaborados dois textos: Apresentação, a ser assinada pelo Ministro da Saúde, que é o
771 Presidente do Conselho; e Introdução, que falaria sobre o Documento. A Secretaria-Executiva do CNS,
772 **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que o Documento-Base fosse concluído naquele momento, a fim de
773 ser publicado o mais breve possível. Em relação ao eixo temático 1, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz**
774 destacou a proposta 27, do tema da formação, para enfatizar a importância de explicitar nesse item a
775 necessidade de os currículos contemplarem a transversalidade do conceito de saúde de trabalhador na
776 área da saúde. A Conselheira comprometeu-se a encaminhar proposta de redação, por escrito, ao

777 grupo. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** apresentou emenda aditiva à proposta número 30, nos
778 seguintes termos “inclusive a adequação do Programa de Alimentação ao Trabalhador (PAT) para os
779 portadores de patologias e deficiências.” A emenda foi acatada. A propósito do eixo 2, Conselheiro **Eni**
780 **Carajá Filho** sugeriu a supressão das propostas 24 e 31. Em contraposição, Conselheiro **Crescêncio**
781 **Antunes da S. Neto** discordou da supressão total da proposta 24 e propôs que fosse mantida com a
782 seguinte redação: Respeitar as diferenças regionais no desenvolvimento sustentável. **Houve consenso**
783 **sobre a nova redação para a proposta 24 e a supressão da proposta 31.** A respeito do eixo temático
784 3, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** manifestou-se contrária à proposta número 24, que propõe a
785 criação de Conselhos Gestores na Previdência Social e sugeriu a sua supressão. **A proposta foi**
786 **acatada.** Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** defendeu a manutenção da proposta 50, do eixo
787 3, com nova redação. A propósito dessa questão, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**
788 **Cruz**, enfatizou a necessidade de cuidado na redação a fim de não possibilitar interpretação equivocada,
789 incentivando a criação de um Conselho de Saúde do Trabalhador. Conselheiro **Crescêncio Antunes da**
790 **S. Neto** apresentou a seguinte redação à proposta 50, do eixo 3: “Ampliar o Controle Social em saúde do
791 trabalhador e que o mesmo seja mais propositivo e promova subsídios ao Planejamento, interferindo nas
792 tecnologias que causam desemprego, danos à saúde e à qualidade de vida dos trabalhadores.” **A**
793 **proposta foi acatada.** Não havendo novos destaques, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**
794 **Aparecida da Cruz**, apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: constituir grupo de
795 Conselheiros para revisar o texto do Documento-Base, considerando as sugestões dos grupos e do
796 Plenário. Conselheiro **João Donizete Scaboli** colocou em votação as propostas de alterações do
797 texto apresentadas pelos grupos e pelo Plenário e a proposta de constituição de grupo para
798 reformular o texto do Documento-Base. O encaminhamento foi aprovado com uma abstenção.
799 Conselheiro **Ciro Mortella** solicitou declaração de voto para enfatizar a necessidade de o CNS pensar
800 como encaminhar as Conferências, dado o tempo gasto na discussão das mesmas e a pouca
801 aplicabilidade dos seus documentos, na perspectiva de otimizar os trabalhos do próprio Conselho.
802 Definido esse ponto, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** solicitou inversão de pauta para tratar
803 sobre a desabilitação de gestão do município do Rio de Janeiro para que o Plenário se manifestasse
804 formalmente sobre a questão. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** propôs que essa matéria
805 fosse tratada no CNS quando o processo de negociação entre as esferas municipal e federal fosse
806 concluído, já que o Conselho Municipal havia deliberado pela desabilitação do Município. A Secretaria-
807 Executiva do CNS, **Elaine Aparecida da Cruz**, explicou que o tema foi pautado diante da solicitação do
808 Conselho Municipal do Rio de Janeiro de que o CNS se manifestasse sobre a sua decisão de desabilitar
809 a gestão plena do Município do Rio de Janeiro. Diante desses esclarecimentos, foi iniciada a discussão
810 do item 5. **B) APRESENTAÇÃO, APRECIAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO-BASE DA 3ª**
811 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE** – As
812 Conselheiras **Graciara Matos de Azevedo** e **Gilca Ribeiro S. Diniz** assumiram a coordenação dos
813 trabalhos e definiram a dinâmica para apreciação da primeira versão do Documento-Base da 3ª
814 Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Inicialmente, o coordenador do
815 Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, apresentou o Documento-Base
816 da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que está estruturado nas
817 seguintes partes: **I** - Introdução; **II** - Bloco 1: Gestão do Trabalho em Saúde: **a)** Desprecarização do
818 trabalho no SUS; **b)** Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS); **c)** Negociação do trabalho no SUS; **d)**
819 Regulação do trabalho em Saúde; e **e)** Fortalecimento da capacidade gestora em estados e municípios;
820 **III** - Bloco 2: Gestão da Educação na Saúde: **a)** Pólos de Educação Permanente em Saúde; **b)** Formação
821 dos Agentes Comunitários de Saúde; **c)** Mudanças na graduação das profissões da saúde; **d)**
822 Residência Integrada em Saúde; **e)** Serviço Civil Profissional em Saúde; **f)** Profissionalização Técnica
823 em Saúde; **g)** Articulação com o movimento estudantil da área da saúde; **h)** Educação Popular em
824 Saúde; **i)** Educação e ensino nos hospitais universitários e auxiliares de ensino; e **j)** Financiamento da
825 educação; e **IV** - Conclusão. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou que, se o Plenário
826 entendesse que o formato do Documento-Base da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
827 facilitaria os trabalhos da Conferência, o Documento-Base da 3ª Conferência Nacional de Gestão do
828 Trabalho e da Educação na Saúde seria adequado aos mesmos moldes. Contudo, ponderou que a
829 lógica de elaboração do Documento da Conferência de Gestão do Trabalho fora distinta, já que
830 contemplara os resultados do Seminário Preparatório para a Conferência. Considerando que o
831 Documento-Base havia sido encaminhado anteriormente aos Conselheiros, foi aberta a palavra para
832 apresentação de contribuições ao texto. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** sugeriu que os conceitos
833 fossem apresentados no formato de propostas numeradas, visando facilitar a compreensão em especial,
834 pelos usuários. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury**, inicialmente, sugeriu que a mesa apresentasse os
835 pontos centrais dos eixos temáticos da Conferência, a fim de otimizar o debate. Em relação ao formato
836 do Documento, defendeu que fosse mantido nos moldes apresentados. Contudo, sugeriu que os

837 parágrafos do texto fossem numerados, a fim de facilitar a dinâmica do debate e que fosse garantida
838 assessoria nas Conferências para esclarecer eventuais dúvidas sobre o Documento. Conselheiro
839 **Francisco Batista Júnior** manifestou-se favorável ao formato do Documento-Base da Conferência de
840 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e enfatizou a importância de o Plenário aperfeiçoar o
841 processo de elaboração de textos-base, com teses e conceitos amplos, visando ampliar o leque de
842 conhecimento dos participantes das Conferências. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** defendeu que o
843 Documento-Base fosse mantido no formato apresentado, mas que as linhas fossem numeradas.
844 Conselheira **Maria Luiza Jaeger** disse que seria importante aprofundar o debate sobre o formato do
845 Documento-Base das Conferências, a fim de ser definido modelo a ser seguido. Em relação ao
846 Documento-Base da Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, sugeriu que as
847 definições de políticas e conceitos fossem explicitadas e que as propostas gerais fossem organizadas de
848 forma a facilitar a utilização do texto. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** defendeu que a
849 introdução do Documento fosse mantida, apresentando histórico sobre o movimento de gestão do
850 trabalho e da educação na saúde e que a NOB/RH-SUS fosse apontada como texto-base para subsidiar
851 o debate nas Conferências. Ressaltou que a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH/CNS)
852 enfrentou dificuldades para organizar a Conferência, já que iniciou esse processo de preparação um ano
853 após ter sido iniciado o da Conferência de Saúde do Trabalhador. Acrescentou que a Comissão
854 assumiria o compromisso de incluir no texto pontos que faltavam e sobre os quais o CNS possuía debate
855 acumulado. Além disso, endossou a proposta de que fossem apresentados os pontos centrais dos eixos
856 temáticos da Conferência. Conselheiro **Eni Carajá Filho** ratificou o formato do Documento-Base,
857 contudo, sugeriu que o texto tratasse sobre a relação dos servidores descentralizados e cedidos com a
858 gestão da saúde. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** disse que o Documento deveria conter:
859 introdução cujo objeto seria o próprio Documento; histórico sobre educação na saúde; conceito de
860 educação permanente vigente; e bibliografia. Conselheiro **José Eri Medeiros** enfatizou a necessidade
861 de o Documento tratar sobre a responsabilidade financeira no que diz respeito ao Plano de Cargos,
862 Carreiras e Salários do SUS. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** salientou que era preciso
863 rever o item que trata sobre a Regulação do Trabalho em Saúde, a fim de evitar interpretações
864 equivocadas da matéria. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** enfatizou que, em princípio, havia consenso
865 sobre o formato do Documento-Base, sendo necessário tornar mais claros determinados conceitos e
866 formatar os parágrafos. Endossou a proposta de o Documento tratar sobre o financiamento do Plano de
867 Cargos, Carreiras e Salários do SUS, para que esse tema fosse debatido nas Conferências Estaduais e
868 Municipais. A propósito da regulação do trabalho em saúde, salientou que era preciso promover debate
869 articulado com os Conselhos sobre a regulamentação das profissões. Concluída a discussão sobre o
870 formato do Documento, foi aberta a palavra ao coordenador do Departamento de Gestão da Educação
871 na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, para apresentação dos principais pontos do Documento, no sentido de
872 subsidiar a discussão do conteúdo do texto. De início, o coordenador chamou a atenção para as
873 dificuldades enfrentadas no processo de elaboração da primeira versão do Documento e enfatizou a
874 importância das contribuições dos Conselheiros ao conteúdo. Explicou que o Documento explicitava o
875 desafio da Conferência de ampliar a apropriação do conhecimento sobre gestão do trabalho e educação
876 na saúde, fortalecendo os atores sociais participantes da Conferência e de incluir os usuários nesse
877 processo, mesmo reconhecendo os trabalhadores como atores centrais nas práticas de saúde. Nessa
878 perspectiva, destacou que o tema central da Conferência – Trabalhadores da Saúde e a Saúde Todos os
879 Brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação – deveria permear as
880 discussões dos eixos temáticos. De tal maneira, explicou que a Conferência não deveria tratar apenas
881 dos direitos dos trabalhadores, mas também dos direitos do trabalho, priorizando aqueles que eram
882 trabalhadores e os que buscavam ser na definição de práticas democráticas e participativas. Todavia,
883 disse que era preciso verificar se seria necessário acrescentar outras questões concernentes ao
884 trabalhador, além daquelas explicitadas no Documento. Explicou que o documento não apresentava
885 propostas detalhadas de combate à precarização do trabalho, já que o Plano Nacional de
886 Desprecarização do Trabalho no SUS, lançado pelo Governo, poderia ser distribuído aos participantes
887 da Conferência, para servir de subsídio ao debate. Ressaltou que o tema da desprecarização do trabalho
888 somava-se à idéia de construção de uma carreira de Estado no SUS, na perspectiva de permitir o
889 desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores no âmbito do Sistema. Destacou também que
890 o Documento tratava da negociação do trabalho no SUS, reconhecendo as Mesas de Negociação como
891 espaços democráticos de tratamento das questões referentes às relações de trabalho e, por essa razão,
892 apontava a necessidade de serem fortalecidas. Enfatizou, ainda, que a regulação do trabalho em saúde
893 era um ponto central a ser tratado na Conferência, na perspectiva de garantir uma regulação de Estado,
894 garantindo-se a presença do Governo e da sociedade civil e não uma regulação corporativa das
895 profissões. Sobre a gestão do trabalho e da educação na saúde, salientou que a idéia central era mudar
896 o conceito de recursos humanos para a idéia de gestão do trabalho e da educação, a fim de que o

trabalhador da saúde não fosse visto como equipamento, mas sim, como ator do processo, que constrói a lógica e o processo de trabalho. Além disso, disse ser necessário acrescentar no eixo gestão do trabalho em saúde a questão do financiamento, carreira SUS e mobilidade dos trabalhadores entre as três esferas de gestão. Conselheiro **José Eri Medeiros** solicitou aparte para destacar a importância de ser definido um Plano de Cargos, Salários e Carreiras para o SUS e não para cada esfera de gestão. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** ressaltou que a intervenção do coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, esclareceu boa parte das preocupações e dúvidas do Plenário sobre a gestão do trabalho em saúde, já que o texto sobre a matéria era vago e causava dificuldades de interpretação. Nessa linha, sugeriu que a redação do Capítulo sobre a Regulação do Trabalho em Saúde fosse aprimorada, no sentido de explicitar a problemática colocada pelo coordenador do Departamento de Gestão. Além disso, solicitou que a palavra “intervenção” fosse substituída por outra mais adequada. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que o último parágrafo do Capítulo sobre a Regulação do Trabalho em Saúde fosse revisto, por entender que afetava a imagem dos profissionais de saúde. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** defendeu a manutenção do texto sobre a Regulação do Trabalho em Saúde, conforme apresentado, pois explicitava a organização da regulação do trabalho em saúde no país, na perspectiva de suscitar o debate do tema na Conferência. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que o capítulo da Regulação do Trabalho em Saúde era pertinente e deveria ser mantido. Por outro lado, sugeriu que fosse incluído capítulo sobre a regulamentação e formação dos agentes comunitários de saúde. Diante dessas colocações, o coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, disse que o capítulo sobre a Regulação do Trabalho em Saúde seria reformulado, a fim de dar maior clareza aos argumentos e conceitos utilizados. Explicou, ainda, que a palavra “intervenção” foi utilizada no sentido de interveniência. Apesar dessa explicação, Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** solicitou que a palavra “intervenção” fosse evitada no texto, por entender que contribuiria para tirar do foco de debate as questões essenciais sobre o tema. Além disso, reiterou a necessidade de reformular o capítulo da Regulação do Trabalho em Saúde, para que explicitasse o ponto central a ser debatido na Conferência: o papel do Estado na regulação das profissões. O coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, ressaltou que o capítulo da Regulação do Trabalho em Saúde seria reformulado, considerando as preocupações destacadas pelo Plenário. Não havendo outros questionamentos sobre os eixos do Documento já explicitados, prosseguiu a apresentação dos demais capítulos. Explicou que os Pólos de Educação Permanente em Saúde também era um dos eixos centrais a serem tratados na Conferência. Informou que se trabalhou com a concepção de que os pólos eram instâncias permanentes do SUS que possibilitavam o encontro, em um mesmo espaço, de gestores, formadores, trabalhadores, usuários ou representantes de movimentos sociais para propor prioridades, estratégias e métodos para a formação e educação dos profissionais de saúde. Disse que essa definição de Pólo de Educação Permanente em Saúde considerava a noção de organização da prática pedagógica que colocava o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde como central aos processos educativos. Daí a necessidade de ampliar a autonomia dos pólos, assegurando seu caráter interinstitucional e locoregional, garantindo que as instâncias estaduais sejam referência de aprovação das diretrizes de execução e avaliação, de ampliação da cooperação e da troca solidária de informações e conhecimentos. Prosseguindo, falou a respeito do Capítulo sobre a Formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Explicou que o texto tratava sobre a regulamentação dos agentes comunitários de saúde, todavia, esse componente poderia ser explicitado com mais intensidade. Ressaltou que, ao tornar-se profissão, a formação dos agentes comunitários de saúde passava a ser regulada pela educação profissional, atendendo à legislação da educação profissional nacional. Destacou que foi necessário construir nova compreensão sobre o que era educação profissional, a fim de responder a esse grupo específico de profissionais. Assim, foi constituída a “educação em itinerários modulares do SUS” para a habilitação técnica deste grupo. Ressaltou que, a partir dessa proposta, todos terão acesso à educação profissional, mas ela não será obrigatória para o ingresso na função e não será obrigatório o percurso completo. Continuando, tratou sobre o Capítulo das Mudanças na Graduação das Profissões da Saúde, que possui como temas centrais: a abertura de cursos, avaliação dos cursos superiores e relevância pública da Universidade face à sociedade. Ressaltou que todos esses pontos eram intersetoriais, tendo interface com o setor da saúde e da educação. Salientou também que a avaliação da educação superior era proposta, atualmente, como regulamentação de Estado, possibilitando a participação do setor saúde no sistema de avaliação. Enfatizou que o texto não tratava detalhadamente dos pontos citados, já que visava destacar a relevância pública da educação superior. Na seqüência, falou sobre o Capítulo da Residência Integrada em Saúde, destacando que o ponto central referia-se a possibilidade de oferta de programas de especialização em serviços para o conjunto das profissões da saúde. Nessa perspectiva, disse ser fundamental adequar o processo de especialização às características do sistema de saúde, integrando as várias residências, os cenários hospitalares,

ambulatoriais e de promoção à saúde e incluindo a formação multiprofissional. Enfatizou também a necessidade de garantir que o setor da educação, nas três esferas de gestão, atenda aos artigos 27 e 30 da Lei Orgânica da Saúde, que tratam sobre a formação dos recursos humanos da saúde. Vencidos esses pontos, passou a tratar sobre do Capítulo relativo ao Serviço Civil Profissional em Saúde. Ressaltou que o serviço civil em saúde vinha sendo discutido há muitos anos e era necessária ação inovadora para que a proposta pudesse ser implementada. Nessa perspectiva, disse que a proposta de serviço civil profissional em saúde possuía objetivo inovador e de reconhecimento das diversidades e singularidades nacionais, sem a necessidade de qualquer lei de obrigatoriedade e compulsoriedade. Explicou que esse serviço, à semelhança de uma residência, teria remuneração por bolsa e formação especializada. Enfatizou que a proposta visava criar modalidades de formação básica, técnica e universitária que contemplassem a formação de profissionais para atuar ou cobrir áreas atualmente descobertas de assistência, bem como estabelecer alternativas para a geração de estruturas pedagógicas e de compromisso dos docentes, serviços de saúde e gestores públicos para as regiões de difícil provimento e fixação de profissionais de saúde. Acrescentou, ainda, que o investimento nas áreas territoriais de baixa densidade assistencial ou pedagógica envovia, dentre outras ações, profissionalizar/especializar em serviço, apoiar a interação entre serviços e instituições formadoras, inserir estágios nas residências médicas e especializações em serviço e realizar estágios curriculares multiprofissionais em projetos acadêmicos onde houvesse pequena capacidade instalada. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** ponderou sobre a possibilidade de oferta de estágios a profissionais que estavam atuando na saúde há muito tempo, visando à formação de agentes para atuar nas áreas territoriais de baixa densidade assistencial ou pedagógica. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** disse que, nessa perspectiva, a política de educação permanente deveria permear o processo de educação e formação em saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou maiores esclarecimentos sobre as propostas de inserir estágios nas residências médicas e especializações em serviço. O coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, explicou que havia um movimento contrário ao incentivo de programas de especialização, de forma a incorporar a especialização na noção de educação permanente e não no conceito de pós-graduação. No entanto, na área da saúde, eram necessários especialistas com conhecimentos específicos em área de atuação. Ressaltou que a área médica possuía o modelo mais acumulado de residência, já que possuía regulamento consolidado em instrumentos legais. Todavia, disse que era preciso estabelecer modelo de especialização para as demais profissões da saúde, sem reproduzir o modelo da residência médica que era alvo de várias críticas. Ressaltou que o melhor modelo seria a especialização em serviço, que estava em construção. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** acrescentou que a residência multiprofissional havia sido criada por Medida Provisória e seria regulamentada pelos Ministérios da Educação e da Saúde. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que fossem incluídas no Documento as propostas de formação para a gestão e a de resarcimento do Crédito Educativo por meio de prestação de serviços. O coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, destacou os pontos a serem acrescentados no Documento, a partir das sugestões dos Conselheiros: valorização do trabalhador na meia vida profissional; formação da gestão; e possibilidade de resarcimento do crédito educativo por meio da prestação de serviços. Prosseguindo, falou sobre o Capítulo da Profissionalização Técnica em Saúde. Explicou que 60% dos trabalhadores da área da saúde não eram graduados, assim, o desafio era constituir caminhos para uma formação técnica "por itinerário do SUS", permitindo qualificar e habilitar quadros em serviço, aceitando a existência de um conhecimento tácito proveniente da experiência acumulada no exercício ocupacional. Ressaltou que, nesta modalidade, todos os trabalhadores estariam incluídos no processo de formação, uma vez que as etapas não eram excludentes, mas complementares. Finalizando, destacou que os trabalhadores do nível médio que ingressassem nos cursos organizados em itinerário teriam como destino a habilitação técnica. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** disse que seria importante estabelecer relação entre a profissionalização técnica em saúde e o Pólo de Educação Permanente em Saúde. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** perguntou se o Pólo de Educação Permanente em Saúde poderia ser o executor da proposta de profissionalização técnica em saúde. O coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, explicou que nos Pólos de Educação Permanente em Saúde poderia haver debate sobre prioridades de formação, de forma a indicar as profissões que precisam de formação técnica em saúde, todavia, o curso de profissionalização seria executado por escolas técnicas. Nessa linha, sugeriu que, no Capítulo da Profissionalização Técnica em Saúde, fossem incluídas políticas de apoio às escolas técnicas, visando à ampliação da oferta de cursos técnicos, à garantia da formação de docentes e dirigentes de escolas técnicas e qualificação dessa rede de escolas. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** propôs que o texto explicitasse a proposta de ampliar as profissões técnicas, de acordo com a conjuntura atual, para atender às necessidades do SUS. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** destacou que era preciso abrir o debate sobre a

1017 necessidade de as escolas técnicas e as universidades terem infra-estrutura necessária à formação e
1018 qualificação dos estudantes da área da saúde. O coordenador do Departamento de Gestão da Educação
1019 na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, explicou que era possível destacar no ponto que trata da formação a
1020 necessidade da qualidade e diversidade dos campos de prática. Também disse que era possível deixar
1021 mais claro no texto que a lógica era a formação de profissões técnicas no sistema de ensino.
1022 Prosseguindo, comentou sobre o Capítulo da Articulação com o Movimento Estudantil da Área da Saúde.
1023 Em relação aos estudantes, destacou a política pública voltada para estudantes de graduação de todas
1024 as profissões da saúde, que tinha o propósito de fazer com que eles vivenciassem e conhecessem a
1025 gestão e todas as profissões do SUS, por meio de vivências e estágios. Conselheira **Maria Leda de R.**
1026 **Dantas** disse que seria importante definir política voltada aos estudantes de graduação de profissões
1027 que não fossem da área da saúde para que eles conhecessem o funcionamento do SUS. Conselheiro
1028 **Francisco das Chagas Monteiro** ressaltou que era preciso definir política nesse sentido voltada aos
1029 estudantes do ensino fundamental e médio para que os mesmos conhecessem o SUS. Conselheiro
1030 **Francisco Batista Júnior** defendeu que os preceitos e princípios fundamentais do SUS fossem
1031 incluídos nos currículos escolares secundários como tática de formação cidadã. Conselheira **Maria Luiza**
1032 **Jaeger** disse que era possível incluir no capítulo sobre educação popular em saúde a necessidade de se
1033 discutir, no conjunto da formação, a questão da saúde e do SUS e explicitar a oferta de estágios e
1034 vivências para que os estudantes conheçam a gestão e todos os setores do SUS. Conselheira **Solange**
1035 **Gonçalves Belchior**, diante das colocações dos Conselheiros **Maria Leda de R. Dantas** e **Francisco**
1036 **das Chagas Monteiro**, sugeriu que fosse destacado no texto que a 12ª Conferência Nacional de Saúde
1037 aprovou a inclusão dos preceitos do SUS nos currículos de formação básica. Continuando, o
1038 coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, tratou sobre o
1039 Capítulo da Educação Popular em Saúde. Ressaltou que era necessária formação ou habilitação
1040 profissional específica aos profissionais de saúde, entendendo que eles precisavam incorporar
1041 conhecimento técnico, mas o seu exercício não poderia ser centrado na técnica, mas sim, nos usuários.
1042 Destacou que a educação popular era um objetivo ousado e inovador como a mobilização social pelas
1043 questões locais de saúde e pela implementação da humanização nas ações e nos serviços de saúde,
1044 visando abrir sensibilidades no conjunto do Sistema de Saúde para as redes sociais e movimentos
1045 populares. Ressaltou que, para modificar a prática de trabalho no SUS e ter trabalhadores no SUS com
1046 novo perfil, era preciso investir na qualificação dos movimentos sociais e da sociedade civil. Conselheira
1047 **Maria Leda R. Dantas** manifestou preocupação com a lógica da proposta de educação popular em
1048 saúde, por entender que era restritiva e possuía alto conteúdo ideológico. Na sua concepção, a
1049 educação em saúde teria que ser voltada para todas as classes sociais e não somente para as classes
1050 subalternas da sociedade capitalista, a partir do conceito de educação permanente. Conselheiro **Clóvis**
1051 **A. Boufleur** ponderou sobre a possibilidade de utilizar a nomenclatura “Educação Popular e Comunitária
1052 em Saúde”, visando contemplar entidades que ensinavam práticas de educação em saúde, a exemplo
1053 da Pastoral da Criança. O coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo**
1054 **Burg Ceccin**, disse que era importante indicar a concepção de educação popular como qualidade do
1055 trabalho e da formação dos trabalhadores. Com relação ao risco de tutela dos movimentos ou das
1056 classes populares, ressaltou que a lógica era a articulação com os Movimentos. Explicou que entidades
1057 como a Pastoral da Criança, que faziam mediação pedagógica com a população, gestores, docentes,
1058 estudantes, trabalhadores, estavam contempladas no Capítulo da Educação Popular em Saúde.
1059 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**, diante dessas explicações, solicitou que fosse adotada a expressão
1060 “movimentos populares e comunitários” para explicitar as entidades que ensinavam práticas de
1061 educação em saúde. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** destacou que não havia consenso
1062 sobre o que se entendia por movimento popular em saúde e gestão participativa, assim, o Plenário
1063 precisava debater melhor essas duas questões, a fim de serem explicitadas com maior clareza no texto.
1064 Todavia, registrou que não defendia a institucionalização do movimento popular. Além disso, disse que
1065 era preciso diferenciar cultura popular, que é a adesão do conhecimento popular aos currículos e às
1066 práticas e o movimento de educação popular. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** sugeriu a supressão
1067 do trecho “(...) diferentemente da gestão participativa, um conceito de ampliação da responsabilidade
1068 dos gestores para os trabalhadores e usuários (...)” já que não havia consenso sobre o conceito de
1069 gestão participativa. Além disso, enfatizou que seria importante explicitar que a proposta de educação
1070 popular não visava à institucionalização de movimentos, mas sim, depreender do conhecimento dos
1071 movimentos o que era importante para a formação do trabalho em saúde. Conselheira **Maria Luiza**
1072 **Jaeger** enfatizou que era fundamental deixar claro no texto a autonomia dos movimentos e explicitar a
1073 necessidade de os trabalhadores e o Sistema conecerem e considerarem a educação popular em
1074 saúde. O coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**,
1075 reafirmou que a atuação e a interação dos usuários nos movimentos era fator essencial à qualidade do
1076 trabalho. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** salientou que era preciso ampliar o conceito de Controle

1077 Social para participação social. Não havendo outras considerações, o coordenador do Departamento de
1078 Gestão da Educação na Saúde prosseguiu falando sobre o Capítulo da Educação e Ensino nos
1079 Hospitais Universitários e Auxiliares de Ensino. Disse que o ponto central a ser discutido na Conferência
1080 era que os Hospitais de Ensino são apontados como instâncias de modelagem final dos estudantes da
1081 área da saúde e, desse modo, precisava debater a sua relação com a graduação e integração à rede do
1082 SUS. Ressaltou que se produzia a imagem de que esses significavam os lugares mais nobres e, por
1083 essa razão, era o mais visado por aqueles que desejavam boa prática em saúde, todavia, essas
1084 instâncias não estavam organizadas em rede. Nessa linha, disse que o principal desafio era a
1085 organização dos hospitais universitários em rede e que servissem de apoio aos demais níveis de
1086 atenção à saúde. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** destacou que o movimento deveria ser de
1087 fortalecimento da imagem de excelência dos hospitais universitários e de estímulo para que as demais
1088 unidades de saúde chegassem a esse nível de excelência. Conselheiro **Eni Carajá Filho** disse que seria
1089 importante apontar políticas de articulação do setor da educação e da saúde. O coordenador do
1090 Departamento de Gestão da Educação na Saúde comprometeu-se a incluir essas questões no texto.
1091 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que fossem incluídos textos no Documento sobre a
1092 formação para a pesquisa e a gestão da saúde na pesquisa. Prosseguindo, o coordenador do
1093 Departamento de Gestão da Educação na Saúde falou sobre o último Capítulo do Documento, que trata
1094 sobre o Financiamento da Educação. Explicou que a Comissão optou por transcrever a decisão da 11ª
1095 Conferência Nacional de Saúde de destinar, no mínimo, 1% do orçamento da saúde para qualificar a
1096 capacitação de recursos humanos em cada esfera de governo. Dito isso, perguntou se havia outros
1097 pontos a serem incluídos nesse capítulo. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** disse que seria
1098 importante apresentar propostas sobre a formação ética na área da saúde. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**
1099 solicitou que fosse dado destaque à ética como item transversal na educação em saúde.
1100 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** salientou a importância de o Documento tratar sobre a
1101 gestão participativa, a formação para a gestão e novos conceitos sobre gestão do trabalho em educação.
1102 solicitou que o Documento fosse encaminhado para a publicação somente após consulta aos
1103 Conselheiros, já que havia polêmicas sobre os pontos: gestão participativa e educação popular. Diante
1104 das proposições do Plenário, a Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** apresentou a seguinte proposta de
1105 encaminhamento: incluir as sugestões apresentadas no Documento e encaminhá-lo aos Conselheiros no
1106 início da semana para apreciação e que, até o final da semana subsequente, fosse concluído a fim de
1107 ser disponibilizado. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, em relação ao Capítulo do Financiamento
1108 da Educação, solicitou que fosse verificado se, no orçamento do SUS, estava prevista a destinação de
1109 percentual de recursos para financiar a área da educação na saúde. A Secretária-Executiva do CNS,
1110 **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que o Plenário aprovasse os pontos que deveriam fazer parte do
1111 Documento-Base para que fosse concluída a versão final do texto. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury**
1112 lembrou que a intenção do Documento era suscitar as discussões sobre eixos temáticos nas etapas
1113 estaduais, municipais e estadual, assim, as questões polêmicas colocadas no texto deveriam ser
1114 discutidas e deliberadas na Conferência e não no Plenário do CNS. Em relação ao Capítulo da
1115 Regulação do Trabalho em Saúde, sugeriu que o texto fosse elaborado com base na intervenção do
1116 coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, que,
1117 conseguiu explicitar o ponto central do debate sobre o tema e que fosse evitada a expressão
1118 “intervenção”. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** sugeriu que o texto fosse revisto, a fim de ser
1119 apresentado na forma narrativa, explicitando as questões polêmicas para serem discutidas. Conselheira
1120 **Rosane Maria Nascimento da Silva** apresentou as seguintes sugestões ao Documento: utilizar
1121 linguagem mais clara e enxuta; explicitar com mais clareza a questão da “intervenção” do Governo na
1122 regulação do trabalho em saúde; e abordar as profissões que não possuem perfil exclusivo da área da
1123 saúde no Capítulo da Regulação. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** ratificou a proposta de
1124 reformular o Capítulo da Regulamentação do Trabalho em Saúde, diante da falta de consenso sobre o
1125 texto, apesar de o tema ter sido exaustivamente discutido na CIRH/CNS. Sugeriu que fosse elaborado
1126 um texto, buscando aproximar-se o máximo possível do debate e, após consulta aos Conselheiros, o
1127 Documento fosse encaminhado para divulgação, dada a impossibilidade de aguardar a próxima reunião
1128 do CNS para submeter o Documento à apreciação do Plenário. Conselheiro **Francisco das Chagas**
1129 **Monteiro** defendeu que o texto fosse mantido, conforme apresentado, explicitando que há posições
1130 distintas sobre o tema da regulação do trabalho em saúde. O coordenador do Departamento de Gestão
1131 da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, destacou que a maior parte dos questionamentos do
1132 Plenário referia-se à necessidade de tornar claros determinados pontos do texto e que foi possível
1133 identificar como pontos polêmicos a gestão participativa e a regulação do trabalho em saúde. Desse
1134 modo, sugeriu que o Plenário aprovasse o Documento na reunião e delegasse a CIRH/CNS a tarefa de
1135 reformular a redação dos pontos destacados, a fim de torná-los mais claros. A Secretária-Executiva do
1136 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que a discussão do texto fosse concluída no Plenário do CNS

1137 e que os pontos polêmicas fossem descritos, sem manifestar a posição do Conselho sobre os mesmos.
1138 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** defendeu que as eventuais divergências fossem debatidas em
1139 Plenário, a fim de serem esclarecidas e que o texto do Documento-Base fosse aprovado na reunião para
1140 não prejudicar as etapas municipais e estaduais da Conferência. Conselheira **Solange Gonçalves**
1141 **Belchior** propôs que as sugestões que não alteravam o mérito do texto fossem consideradas aprovadas
1142 e que fosse delegada à Comissão a tarefa de incluir no Documento os pontos destacados pelos
1143 Conselheiros. E, em seguida, que o texto fosse encaminhado aos Conselheiros para apreciação e, na
1144 seqüência, fosse divulgado. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, reapresentou a
1145 sua proposta de que o Plenário aprovasse os pontos a que se chegou a acordo e que fosse definido
1146 grupo de Conselheiros para, com o apoio da equipe técnica, narrar os pontos polêmicos a que não foi
1147 possível checar a consenso e fechar o Documento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, em
1148 contraposição, reiterou a proposta de abrir o debate sobre os pontos polêmicos do Documento em
1149 Plenário. Não havendo consenso sobre o encaminhamento da matéria, a Conselheira **Gilca Ribeiro S.**
1150 **Diniz** submeteu à apreciação do Pleno as seguintes propostas: **1)** abrir a discussão dos pontos
1151 identificados como polêmicos: regulação do trabalho em saúde; financiamento da educação; e gestão
1152 participativa; ou **2)** constituir grupo para descrever essas polêmicas. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury**
1153 apresentou Questão de Ordem solicitando que fossem colocadas em votação as seguintes propostas: **1)**
1154 abrir o debate sobre as questões polêmicas, a fim de esgotar o mérito no Plenário do CNS; ou **2)** não
1155 abrir a discussão das questões polêmicas, entendendo que deveriam ser debatidas na Conferência.
1156 Atendendo à Questão de Ordem, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz**, colocou em votação as propostas
1157 supracitadas. **A proposta número 1 recebeu quatro votos. A proposta número 2 recebeu onze**
1158 **votos. Duas abstenções.** Diante da decisão de não abrir o debate sobre o mérito das questões
1159 apontadas como polêmicas, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** passou a votação de como encaminhar
1160 o Documento-Base, apresentando as duas propostas apresentadas: **1)** constituir um grupo para
1161 descrever as questões polêmicas e fechar o Documento; ou **2)** delegar a CIRH/CNS a tarefa de revisar o
1162 Documento, conforme as propostas do Plenário e, em seguida, enviar aos Conselheiros, por e-mail, para
1163 receber contribuições. Por solicitação de alguns Conselheiros, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane**
1164 **Aparecida da Cruz**, reapresentou a sua proposta de encaminhamento em relação ao Documento-Base:
1165 aprovar os pontos a que se chegou a acordo e definir um grupo de Conselheiros para, com o apoio da
1166 equipe técnica, narrar os pontos polêmicos a que não se chegou a consenso (regulação do trabalho em
1167 saúde; financiamento da educação; educação popular; e gestão participativa) e fechar o Documento.
1168 Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** retirou a sua proposta de encaminhamento e submeteu à votação a
1169 proposta apresentada pela Secretária-Executiva do CNS: **aprovar o Documento-Base, com a ressalva**
1170 **de que seria feita a narração dos pontos polêmicos a que não se chegou a consenso – regulação**
1171 **do trabalho em saúde; financiamento da educação; educação popular; e gestão participativa – a**
1172 **partir do debate feito em Plenário. A proposta foi aprovada com quatorze votos a favor e quatro**
1173 **votos contrários. Cinco abstenções.** Na seqüência, foi aberta a palavra para declaração de votos.
1174 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** declarou que se absteve da votação, por não concordar com
1175 a posição do Plenário de não apontar proposta de gestão do trabalho e educação em saúde para ser
1176 discutida nos estados e municípios. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** também declarou que se
1177 absteve da votação, por entender que o Plenário deveria ter aprofundado o debate sobre os pontos
1178 polêmicos do Documento. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** registrou que o Plenário não deveria
1179 trabalhar somente na lógica do consenso, por entender que os dissensos possibilitavam o crescimento.
1180 Conselheira **Júlia Roland** declarou que não havia problema em não se chegar a consenso sobre todos
1181 os eixos do Documento, já que o Plenário poderia retomar o debate desses pontos antes da etapa
1182 nacional. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Ribeiro** disse que se absteve da votação, por considerar que o
1183 Conselho não estava conseguindo debater temas polêmicos, o que apontava para a necessidade de
1184 refletir sobre a atuação do Conselho. **ITEM 5 – DESABILITAÇÃO DE GESTÃO DO MUNICÍPIO DO RIO**
1185 **DE JANEIRO** – Inicialmente, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, fez um breve
1186 histórico sobre a discussão da matéria no CNS e no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
1187 Lembrou que, na Reunião Ordinária do CNS, realizada no mês de fevereiro de 2005, o Plenário do CNS
1188 deliberou por realizar audiência pública no Município do Rio de Janeiro, com a participação dos
1189 Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, para discutir a situação da saúde no Município. No dia 11 de
1190 março de 2005, o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro aprovou a desabilitação da gestão
1191 plena do Município do Rio de Janeiro. No dia 18 do mesmo mês, foi realizada a audiência pública que
1192 discutiu a situação do SUS e, dentre as propostas oriundas do encontro, foi instituída comissão do
1193 Controle Social, composta por representantes do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Estadual de
1194 Saúde do Rio de Janeiro, do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e Conselho Distrital de
1195 Saúde do Rio de Janeiro para visitar os hospitais sob intervenção e submeter o relatório dessas visitas à
1196 apreciação do CNS e do Ministério da Saúde. Destacou que, na semana anterior, a Executiva do

1197 Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro enviou ofício solicitando que o CNS se pronunciasse
1198 sobre a decisão do CMS de aprovar a desabilitação do Município do Rio de Janeiro. Disse que haviam
1199 sido distribuídos ao CNS a ata da Reunião Extraordinária do CMS/RJ, que aprovou a desabilitação do
1200 Município do Rio de Janeiro e o relatório das visitas às unidades sob intervenção. Feito esse histórico,
1201 abriu a palavra para manifestações do Plenário. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que a
1202 situação de saúde do Município do Rio de Janeiro era de amplo conhecimento dos Conselheiros, logo,
1203 não deveria ser aberta discussão sobre a matéria naquele momento. Além disso, enfatizou que não
1204 havia questionamento legal do ato do Conselho Municipal de Saúde de desabilitar o Município. Diante
1205 desses argumentos, defendeu que o CNS ratificasse a deliberação do Conselho Municipal de Saúde/RJ.
1206 Conselheiro **José Eri Medeiros** endossou a proposta de o CNS ratificar a deliberação do Conselho
1207 Municipal/RJ, todavia, considerou ser necessário avançar no debate sobre os critérios para habilitação, a
1208 descentralização dos serviços de saúde, as responsabilidades das três esferas de gestão no que se
1209 refere à saúde e as responsabilidades dos Conselhos e das Comissões Bipartites e Tripartites.
1210 Conselheiro **Eni Carajá Filho** cumprimentou a Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** pela iniciativa
1211 de ter trazido a matéria para ser discutida no âmbito do CNS e salientou que o CNS deveria apoiar o
1212 CMS/RJ e abrir espaço para que apresentasse ao Plenário do CNS a real situação do Município.
1213 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** manifestou apoio à proposta de endossar a decisão do CMS/RJ de
1214 desabilitar o Município do Rio de Janeiro. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** enfatizou que o CNS
1215 deveria aprofundar o debate sobre o processo de desabilitação, em especial, o papel dos Conselhos
1216 nessa situação, utilizando como subsídio a desabilitação do Distrito Federal e do Município de Rio de
1217 Janeiro em gestão plena, na perspectiva de definir posição sobre a matéria. Além disso, salientou a
1218 necessidade de o CNS iniciar trabalho junto a imprensa para que compreenda o papel do Controle Social
1219 exercido pelos Conselhos de Saúde. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** manifestou o seu
1220 apoio à proposta de ratificar a decisão do Conselho Municipal do Rio de Janeiro. Enfatizou, ainda, a
1221 importância de aprofundar o debate sobre o processo de habilitação e desabilitação, com ênfase no
1222 papel dos Conselhos de Saúde e das Comissões Bipartites e Tripartites nessas situações. Conselheiro
1223 **Crescêncio Antunes da S. Neto** manifestou-se favorável à proposta de ratificar a decisão do Conselho
1224 Municipal do Rio de Janeiro. Além disso, ressaltou que, ao se discutir a proposta da Lei de
1225 Responsabilidade Sanitária, poderia ser tratada a questão do processo de habilitação e desabilitação,
1226 redefinindo a responsabilidade de cada ente federado no que se refere à saúde. **O Plenário decidiu,**
1227 **por unanimidade, ratificar a decisão do Conselho Municipal do Rio de Janeiro, tomada na**
1228 **Reunião Extraordinária, realizada no dia 3 de março de 2005, de desabilitar o Município do Rio de**
1229 **Janeiro em gestão plena. Essa decisão do Pleno do CNS será amplamente divulgada.** Por
1230 solicitação da Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**, o relatório de visita aos hospitais sob
1231 intervenção do Ministério da Saúde, realizada no período de 4 a 7 de abril de 2005, consta, na íntegra, e
1232 da forma como foi publicizado em ata. "No dia 18 de março de 2005 aconteceu uma Audiência Pública
1233 organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Municipal do Rio de Janeiro e Conselho
1234 Estadual de Saúde (CES/RJ). A intenção foi discutir a situação da saúde no Município do Rio de
1235 Janeiro". A decisão de organizar a atividade se deu em função dos diversos pedidos e solicitações de
1236 conselheiros de saúde, enviadas ao CNS e denúncias em relação ao Município do Rio. Para os
1237 conselheiros nacionais, o acatamento do pedido se deu em um momento crucial, sendo necessário o
1238 aprofundamento da discussão com a participação da sociedade e conselhos de saúde sobre os
1239 problemas da saúde pública no município. Nesta oportunidade, foram discutidos vários assuntos
1240 referentes à situação do Rio de Janeiro e foi indicada uma comissão com a participação dos
1241 conselheiros das três esferas de governo e Conselho Nacional de Saúde, que se reuniu semanalmente
1242 para avaliar os fatos relativos ao sistema de saúde local e encaminhar as demandas existentes e
1243 realizou visitas às unidades que estavam sob intervenção do Ministério da Saúde naquele momento.
1244 Comissão indicada na Audiência Pública: Conselho Nacional de Saúde – **Solange Belchior**; Conselho
1245 Estadual de Saúde - **Rosângela Silva Santos**; Conselho Municipal – **Maria José Peixoto**; Conselhos
1246 Distritais – **Nereu Lopes e Maria Alice**. Contribuição especial dos conselheiros das unidades visitadas.
1247 Como resultado dos trabalhos realizados pela comissão segue relatório abaixo: Relatório de visitas
1248 realizadas pela comissão dos Conselhos Nacional, Estadual, Municipal e Distritais às unidades sob
1249 intervenção do Ministério da Saúde. Dia: 04 de abril – das 9 às 11h15 - Hospital Municipal da Lagoa.
1250 Contato direto com a direção e foi apurado: Situação de Recursos Humanos: Alguns servidores estão
1251 com dupla jornada – 40 horas (médicos MS); O hospital tem 275 leitos, mas somente 155 leitos estarão
1252 ativados após a inauguração de 3 salas cirúrgicas, em obras atualmente. O hospital ficou praticamente
1253 desativado com o fechamento de 14 salas cirúrgicas (8º e 9º andar); Problemas estruturais: CTI adulto
1254 precisando de reparos, o CTO e o ambulatório funcionam precariamente por insuficiência de insumos e
1255 infra-estrutura. O hospital, quando funcionava em sua plenitude, fazia de 200 a 250 cirurgias/mês.
1256 Funciona como referência cirúrgica para a área programática (cerca de 670 mil habitantes) nos bairros

(Gloria, Catete, Flamengo, Laranjeiras, Cosme Velho, Botafogo, Humaitá, Urca, Leme, Copacabana, Ipanema, Leblon, Lagoa, Jardim Botânico, Gávea, Vidigal e São Conrado: Joá, Rocinha). Visivelmente o Hospital apresenta graves problemas estruturais nas instalações hospitalares, a falta de manutenção causou danos à fachada, os elevadores originais da construção sem manutenção adequada, refrigeração deficitária. A estação elétrica está sendo reparada e a rede de esgoto em reestruturação. Inadequação na estrutura física aos serviços prestados (Oncologia/Otorrinolaringologia/Anatomia Patológica/Hemodiálise, entre outros). O Hospital reestrutura-se para cumprir exigências da ANVISA. Observamos o fechamento de 120 leitos de referência para cirurgia e tratamento clínicos de suporte, e que mesmo após o término das obras em andamento, somente 155 leitos estarão disponíveis de 275 de sua capacidade plena. O ambulatório de referência do hospital funciona parcialmente, porém não recebe novos pacientes para iniciar tratamento, o que significa que não tem referência para a rede básica da área (670 mil cidadãos). Onde estão sendo atendidos esses usuários? Comprova-se, com isso, que o hospital sofreu um abandono estrutural e que hoje determina a suspensão da oferta de assistência; há redução de leitos e não segue nenhum critério epidemiológico populacional. As decisões são tomadas sem avaliação criteriosa das consequências e suporte para atendimento ao usuário. Dia 4 de abril – das 11h30 às 13h – Hospital Municipal Miguel Couto. Recebidos pela direção Dra. **Solange M. Becvilaqua** e **Maria Cristina Alves** (SMS, MS). Referiram não haver desarmonia da direção do Hospital e equipes do Ministério da Saúde. O Hospital se caracteriza como hospital de emergência com maternidade e ambulatórios acoplados. São 453 leitos e acrescenta-se a esses as macas que muitas vezes, por necessidade, se transformam em leitos. Informaram que a equipe de engenharia encontrava-se sem contrato há um ano. Foi feito o contrato pelo Ministério da Saúde, que encontrou os serviços de vigilância, lavanderia, refrigeração e nutrição também sem contratos. Apesar das condições contratuais, os serviços do hospital funcionavam e não houve interrupção na manutenção predial. Existe um prédio em reestruturação para o Qualisus do Ministério da Saúde para melhorar o fluxo e o atendimento. O fundo rotativo (valor para emergências administrativas) era de R\$ 160 mil e, em dezembro, foi reduzido para R\$ 40 mil. O ambulatório funciona até às 20 horas, atendendo cerca de 6.530 pacientes/mês. A unidade de emergência atende 870 pacientes/dia e durante a atuação do Ministério da Saúde foi mantida a média anterior. O estoque de material inexistia e vários itens de uso hospitalar encontravam-se zerados, foi realizada compra para cinco meses pelo Ministério da Saúde. Há 3 anos o hospital funcionava sem estoque básico. Quanto ao pessoal, 1.751 servidores municipais são lotados, (desses 80 estão afastados do trabalho); tem 40 servidores federais cedidos e 3 servidores estaduais. A contratação de emergência realizada pelo Ministério da Saúde fará a reposição de 30 auxiliares de enfermagem, 40 médicos (10 anestesistas) e 4 enfermeiros, considerando-se esse número suficiente para atender as necessidades da população. A Hemodiálise é terceirizada e chamada quando necessário. Com a contratação emergencial serão ativados dez leitos de CTI para dar suporte a Unidade de Emergência. O Hospital Miguel Couto, apesar de boa estrutura predial, está em amplo processo de reestruturação via Qualisus, a necessidade de pessoal para garantir a assistência é pequena em relação ao número de leitos (453). Porém, não podemos avaliar com precisão esse dado, pois a direção da referida unidade não encaminhou os dados de estrutura, pessoal e oferta de serviços para complementação do relatório, conforme solicitado pela comissão de visita. Dia: 4 de abril - 13h50– Hospital Municipal de Ipanema. Fomos recebidos pela direção da Unidade: Dr. **João Batista**, Dra. **Cláudia Machado**, ambos anestesistas e pelo Dr. **Felipe de Faria**, chefe da anestesia, que responderam as perguntas dos Conselheiros. Informaram que os equipamentos estão em via de modernização: que o atendimento à obesidade mórbida está funcionando com uma meta de 6 cirurgias por semana. Que os kits para realizar os exames laboratoriais estão chegando e que os mesmos eram feitos anteriormente no Hospital da Lagoa. O aparelho de mamografia não está funcionando e há necessidade de mais três médicos para o serviço de ultra-som. Foi informado que 40% do total de servidores são federais e 60% são municipais, não sabendo informar se há ou não servidor estadual. Há mais ou menos doze cooperativados. Foi esclarecido que estão recebendo profissionais contratados emergencialmente pelo Ministério da Saúde e informado, também, que o CTI está funcionando. Recebemos o material solicitado pela Comissão para conclusão da visita com total de 847 servidores e desses 90 são contratados emergencialmente: 99 Auxiliares de enfermagem, 15 enfermeiros, um cirurgião-geral, seis anestesistas, um cardiologista, treze intensivistas, três nutricionistas e dois fisioterapeutas. Houve redução da oferta de leitos no hospital, a capacidade de leitos na fundação era de 250, em 1991, chegou a 191 leitos e hoje são 120. O hospital caracteriza-se como hospital de ponta com cirurgia de alto custo e alta complexidade, apresenta graves problemas estruturais (instalações elétricas, hidráulicas e pluviais), não sofreu grande reforma nos últimos anos, somente em áreas setoriais, o que denota a pouca importância da gestão com a referida unidade. O fechamento e abertura de serviços não seguem nenhuma lógica gerencial prevista pelo SUS. Não ficou claro na visita o papel institucional da referida unidade na rede de saúde da cidade. Dia 8 de abril – das 10 às 13hs – Hospital Municipal Do Andaraí. Recebidos pela Dra. **Betty Moscoviski** e Dr.

1317 **Adelmo**, Chefe da Divisão Médica. Informaram: foi reduzida a segurança, só existem oito guardas para
1318 prédios, com três acessos externos, por falta de pagamento. A rede elétrica deficitária, rede de água
1319 quente insuficiente para os usuários e servidores, em alguns dias só tem água fria para o banho dos
1320 pacientes. Dos 18 elevadores somente 5 funcionam. A emergência foi reaberta (com mais de 50 leitos).
1321 O Centro Cirúrgico foi reformado com verba federal, aprovada pelo Conselho Distrital, e encontra-se
1322 ainda desativado por falta de equipamentos e pessoal. Houve aquisição pelo Ministério da Saúde de dois
1323 respiradores. Faltam insumos para oncologia. O setor de radiologia tem doze aparelhos, mas somente
1324 um está funcionando, falta água potável para os pacientes e servidores. Em relação a pessoal direção
1325 forneceu o material solicitado pela comissão (em anexo). Existem 64 cooperados, 861 servidores
1326 federais; 953 municipais, e contratados emergencialmente 96. O Conselho Gestor não foi implementado
1327 por disputas internas no hospital. Não tem chefia de emergência, pois os profissionais lotados recusam a
1328 função. Detectamos ausência de contratos de manutenção predial, vigilância, alimentação, limpeza,
1329 entre outros, e que, em 2004, já havia uma redução expressiva desse pessoal. Carência de RH em
1330 algumas áreas, principalmente de apoio. Um grande volume de profissionais com dupla jornada sem
1331 estar claro o seu cumprimento. Detectou-se a existência de servidores com salários e jornadas distintas,
1332 desenvolvendo função similar. Relação corporativa intensificada com disputa entre grupos de poder
1333 (principalmente entre os profissionais médicos e entre esses e os profissionais de outras áreas da
1334 assistência) dificultando a organização e reestruturação interna do hospital. A planta física da
1335 emergência é inadequada a função e sofrerá intervenção pelo Qualisus. O Hospital possui 300 leitos,
1336 todos em funcionamento, apesar de termos informação que houve redução ao longo do tempo. É um
1337 hospital geral, com emergência, maternidade e ambulatório de referência para os pacientes pós-
1338 internação. A comissão de visitadores avaliou que esse hospital é essencial para organização do
1339 atendimento na sua área de abrangência (380 mil moradores nos bairros Tijuca, Vila Isabel, Maracanã,
1340 Grajaú, Andaraí, Praça da Bandeira e Alto da Boa Vista, são 28 comunidades carentes, entre elas Borel,
1341 Salgueiro, Formiga, Casa Branca, Macacos e Turano). Este é o único hospital de emergência e de
1342 referência para as unidades básicas (2 CMS, 1 PAM, 3 PS, 3 PSF e 3 PACS). Conclui-se, dessa forma,
1343 que deveria ser prioridade de governo a ativação desse hospital em toda sua plenitude e capacidade
1344 para garantir a organização da rede de saúde local. É visível o abandono estrutural a que a unidade ficou
1345 exposta e a pouca relevância dada aos seus serviços ao longo dos anos e que precisa ser implementada
1346 uma política de gestão de pessoal e educação em serviço que reoriente a assistência, atualize os
1347 trabalhadores e atenua as crises internas existentes (relações interpessoais, institucionais e ética). Dia 8
1348 de abril – das 13 às 16h30. - Hospital Municipal Souza Aguiar. Recebidos pelo Dr. **Adail Rollo**
1349 (Ministério da Saúde). Os problemas levantados pelo Ministério da Saúde foram: até aquela data o
1350 hospital não tinha conseguido regularizar a situação dos insumos básicos, com 13 itens deficitários no
1351 estoque. O estoque emergencial estava sendo fornecido pelos Hospitais: Cardiologia de Laranjeiras,
1352 INTO e HGB. Os contratos de manutenção se encontravam vencidos. Material de Rouparia: Com
1353 previsão de chegada, somente 700 lençóis estão previstos para compra, apesar de uma necessidade de
1354 3.000 unidades de roupas hospitalares para atender a demanda. Aparelhagem de RX (seis salas,
1355 somente um aparelho funciona plenamente, dois em estão em conserto e dois serão adquiridos). O
1356 tomógrafo estava em funcionamento sem contrato de manutenção. Obs: Durante a feitura desse relatório
1357 o tomógrafo computadorizado se encontrava paralisado por falta de ampola. O setor de arteriografia
1358 encontra-se funcionando parcialmente com equipamentos obsoletos (lembremos que este hospital é de
1359 referência para pé diabético). Câmara mortuária sem refrigeração e sem contrato de manutenção com
1360 odor fétido, localizada na área de acesso aos visitantes do Hospital (recebemos informações dos
1361 funcionários que existem corpos ocupando as gavetas da câmara mortuária há mais de um ano, o que
1362 causa superlotação e, em algumas situações, corpos têm ficado fora da refrigeração por mais de 24
1363 horas. No setor de Hemodiálise os pacientes estão dialisando sob o sol, principalmente no período da
1364 tarde, gerando stress para os pacientes e insatisfação dos profissionais. O Conselho Gestor já está
1365 implantado e funcionando com a participação de dois membros do Conselho Distrital da área. A
1366 necessidade de pessoal apurada é de 150 médicos (50 já foram contratados pelo Ministério da Saúde);
1367 220 auxiliares de enfermagem (foram admitidas 120 pelo Ministério da Saúde); 60 enfermeiros,
1368 chegaram sete. Foram solicitados dados mais completos sobre a realidade do pessoal e oferta de
1369 serviços. No momento da visita a emergência encontrava-se lotada, sem possibilidade de novas
1370 admissões. A equipe visitadora avalia que o hospital é essencial para o atendimento de urgência na
1371 cidade e nos municípios do entorno. Concentra a maior demanda emergencial de toda a rede pública e
1372 sofre com falta de estrutura material, predial e apresenta a maior carência de pessoal de toda rede. O
1373 Qualisus/MS está em processo de licitação devendo melhorar o fluxo interno da clientela e qualificar a
1374 assistência prestada. Este Hospital deveria ser considerado prioridade de governo, pois além da sua
1375 capacidade instalada está localizado em uma área da cidade que incorpora quinze bairros e está
1376 próximo à rodoviária estadual, à estação Central do Brasil e ao Aeroporto Santos Dumont. O hospital é

referência para os PAMs(2), quatro Centro Municipais de Saúde - CMS, dois PS, uma Unidade Intermediaria de Saúde – UIS (Ilha de Paquetá) e relaciona-se com as dezesseis unidades hospitalares da área (nenhuma outra unidade tem emergência). Conclusão: a equipe avalia que a situação em que se encontram essas unidades de saúde da rede municipal e municipalizada visitada, de fato, comprova uma realidade de abandono e irresponsabilidade civil e social, pondo em risco a vida e a segurança dos usuários e trabalhadores de saúde nelas lotados. Cabe acrescentar que a rede básica também apresenta problemas. Encontram-se anexos os jornais dos Conselhos Distritais de Saúde da AP. 5.2 e 5.3, que comprovam essa afirmativa. O silêncio reinante entre os gestores e trabalhadores denota inércia e pouca participação nos processos decisórios. A aceitação da falta de condição de trabalho e de assistência como algo natural, leva-nos a considerar que o tempo a que esses indivíduos foram submetidos à violência e desrespeito as regras dos direitos humanos levou-os a aceitação condicionada como algo sem possibilidade de mudança ou retrocesso. Apesar dos reclamos populares, a gestão municipal foi referendada pelo voto popular nas últimas eleições, a entrada do Ministério da Saúde na gestão desses hospitais foi recebida pelo povo como a última esperança e por grande parte dos profissionais como a possibilidade de mudança no caos instalado. A fala de um dos gestores entrevistados deixa muito claro esse sentimento: "Como vivíamos de apagar incêndio somente agora poderemos melhorar a qualidade da assistência e da insalubridade para os trabalhadores. Precisamos investir no ambiente e nos trabalhado - RES." É preciso que a sociedade descortine o palco da saúde e que as questões de direito à vida e à cidadania plena, proposta na Constituição Federal/88 seja, de fato, implementada na saúde. Caberá a cada um de nós - Conselheiros de Saúde, parlamentares, juristas, acadêmicos e pesquisadores - avaliar a partir dessa realidade encontrada no Rio de Janeiro o que podemos fazer para mudar esse cenário e proteger a sociedade daqueles que protégidos pela capa do poder institucional usam desse poder para torturar, violentar e muitas vezes matar aqueles que não tem voz ou não conseguem perceber o que existe atrás das cortinas."

ITEM 6 – RESOLUÇÃO DA COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO – A Conselheira **Geusa Lelis Dantas** submeteu à apreciação do Plenário a proposta de Resolução que aprova a criação da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde, na forma do Artigo 12, Parágrafo Único, da Lei nº 8.080/90, que terá por objetivo a definição de padrões comuns aos diferentes sistemas de comunicação, informação e informática e bases de dados de interesse para a saúde, bem como a formulação de estratégias aplicáveis à política de comunicação, informação e informática em saúde.

Não havendo destaques, a Resolução foi aprovada, por unanimidade.

ITEM 7 – INFORMES E INDICAÇÕES - Informes – **1)** A Secretaria-Executiva do CNS apresentou proposta de metodologia para análise de recursos encaminhados ao CNS:

a) análise dos documentos pelos Conselheiros indicados; **b)** reunião com os Conselhos Municipal e Estadual para conhecer a situação e o posicionamento dos mesmos sobre o objeto do recurso; **c)** realizar reuniões ampliadas com outros atores que tenham participado do processo; e **d)** elaborar parecer a ser submetido ao Plenário do CNS. Ressaltou que, caso houvesse consenso, os Conselheiros **Francisco Batista Júnior** e **Gysélle Saddi Tannous**, indicados na última reunião do CNS para analisar os relatórios sobre a situação do Município de Amargosa/BA e emitir parecer, dada a solicitação de desabilitação do Município, utilizariam essa metodologia para realizar esse trabalho. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** endossou a proposta de metodologia proposta para analisar os relatórios sobre a situação do Município de Amargosa/BA e emitir parecer.

2) A Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro – ALERJ convida para a 5ª Audiência Pública "Situação dos Recursos Humanos na Secretaria de Estado da Saúde". Data: 6 de maio de 2005. Local: Rio de Janeiro – RJ.

3) Registro de homenagem ao enfermeiro pelo seu dia: 12 de maio. No período de 12 a 20 de maio de 2005 será realizada a Semana de Enfermagem.

4) A Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** informou sobre a realização do 2º Fórum Social Regional de Saúde do Triângulo Mineiro. Data: 21 de maio de 2005. Local: Uberlândia – MG. Solicitou a indicação de um Conselheiro para falar no painel temático "Controle Social e Gestão Participativa". Além disso, informou sobre sua participação no Congresso da Pastoral da Saúde, realizado no dia 21 de abril de 2005. Disse que foram feitos vários questionamentos sobre a nova composição do CNS e, por essa razão, sugeriu que houvesse maior divulgação sobre o processo eleitoral.

5) O Conselheiro **Moisés Goldbaum** compareceu à reunião do CNS para comunicar ao Plenário que estava assumindo a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. Agradeceu a oportunidade e colocou a Secretaria à disposição para contribuir nos trabalhos do Conselho.

Indicações - 1) Reunião do Fórum Social Mundial da Saúde – Data indicativa: 20 e 21 de maio de 2005. Pauta: avaliação do Fórum, discussão do documento final, plano de trabalho e agenda. Os Conselheiros **Gerônimo Paludo** e **Maria Helena Baumgarten** foram indicados a participar da reunião.

2) I Plenária Estadual de Conselho de Saúde de Palmas, TO. Data: 13 de maio de 2005. Local: Palmas, Tocantins. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior** foi indicado a participar do evento e a proferir palestra sobre o tema "o SUS é para todos".

3) 9º Congresso da Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAN. Data: 26 a 29 de maio. Local: Brasília-DF. O Conselheiro **Eni**

1437 **Carajá Filho** foi indicado a participar da mesa de abertura e a proferir palestra sobre o tema “desafios na
1438 construção do SUS”. **4)** Seminário de Combate à Hanseníase. Data: 9 de maio de 2005. Local:
1439 Uberlândia, Minas Gerais. Haverá também um ato público em Uberlândia. Os Conselheiros **Eni Carajá**
1440 **Filho, Gilca Ribeiro S. Diniz e Solange Gonçalves Belchior** foram indicados a participar do evento. **5)**
1441 Conselho de Administração da HEMOBRAS. Solicita a indicação de representantes do CNS para
1442 constituir o Conselho de Administração da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia –
1443 HEMOBRAS. O Conselho se manifestará sobre o pleito após analisar o papel desse Conselho. **6)**
1444 Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde. Indicação de Conselheiros para auxiliar na elaboração de
1445 textos sobre os temas do Simpósio: **I** - Os rumos do Estado Brasileiro e o SUS: a seguridade social como
1446 Política Pública da Sociedade e Estado; **II** - Os rumos do Estado Brasileiro e o SUS: gestão, regulação e
1447 responsabilidade sanitária; e **III** – Os rumos do Estado Brasileiro e o SUS: Financiamento e Recursos
1448 Humanos. Conquistas, Desafios e Dilemas. A Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** colocou-se à
1449 disposição para contribuir na elaboração do texto sobre seguridade social. Conselheira **Solange**
1450 **Gonçalves Belchior** colocou a CIRH/CNS à disposição para contribuir na elaboração do texto sobre
1451 financiamento e recursos humanos. Os Conselheiros deverão inscrever-se para participar do evento na
1452 página da Câmara dos Deputados www.camara.gov.br. A Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** foi
1453 indicada a falar sobre o tema 3 no Simpósio. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** aproveitou a
1454 oportunidade para informar que não poderia participar do Simpósio. **7)** Seminários Estaduais sobre
1455 DST/AIDS e Controle Social. Definir grupo de Conselheiros para acompanhar os Seminários.
1456 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** disse que, para cada Seminário, fora solicitada a indicação de dois
1457 nomes, um representante do Conselho e um da Coordenação Nacional de AIDS. Na próxima reunião do
1458 CNS, será feita a indicação dos Conselheiros para acompanhar os Seminários. **DATA DAS PRÓXIMAS**
1459 **REUNIÕES DO CNS – O Plenário aprovou o seguinte calendário para o próximo trimestre:** A **155ª**
1460 **Reunião Ordinária do CNS** será realizada nos dias **8 e 9 de junho de 2005**; a **156ª Reunião**
1461 **Ordinária do CNS** nos dias **13 e 14 de julho de 2005**; e a **157ª Reunião Ordinária do CNS** será
1462 **realizada nos dias 10 e 11 de agosto de 2005**. A Comissão de Coordenação Geral (CCG) irá reunir-se
1463 no dia 25 de maio de 2005. **PONTO DE PAUTA INDICADO PARA A PRÓXIMA REUNIÃO DO CNS:**
1464 Seminários Regionais e Nacional de Comunicação e Informação. **ENCERRAMENTO** - Nada mais
1465 havendo a tratar, a Secretaria-Executiva do CNS encerrou os trabalhos da **154ª Reunião Ordinária do**
1466 **CNS**. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: **Aos quatro dias do mês de maio de dois mil e**
1467 **cinco: Titulares: Carlos Alberto E. Duarte, Crescêncio Antunes da S. Neto, Eni Carajá Filho,**
1468 **Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Gilca Ribeiro S. Diniz, Graciara**
1469 **Matos de Azevedo, Jesus Francisco Garcia, João Donizeti Scaboli, Luiz Augusto Ângelo Martins,**
1470 **Luiz Fernando C. Silva, Maria Eugênia C. Cury, Maria Leda de Resende Dantas, Nildes de Oliveira**
1471 **Andrade, Rui Barbosa da Silva, Volmir Raimondi, Wander Geraldo da Silva, William Saad Hossne**
1472 **e Zilda Arns Neumann.** Suplentes: **Ary Paliano, Ciro Mortella, Clóvis A. Boufleur, Fernando Luiz**
1473 **Eliotério, Gerônimo Paludo, Geusa M. Dantas Lélis, José Eri Medeiros, Júlia Maria dos Santos**
1474 **Roland, Lílian Alicke, Luiz Gonzaga Araújo, Marcelo de Ávila Rosa e Maria Irene M. Magalhães.**
1475 **Aos cinco dias do mês de maio do ano de dois mil e cinco. Titulares: Augusto Alves do Amorim,**
1476 **Carlos Alberto E. Duarte, Crescêncio Antunes da S. Neto, Eni Carajá Filho, Francisco Batista**
1477 **Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Gilca Ribeiro S. Diniz, Graciara Matos de Azevedo,**
1478 **João Donizeti Scaboli, Luiz Augusto Ângelo Martins, Maria Eugênia C. Cury, Maria Leda de**
1479 **Resende Dantas, Nildes de Oliveira Andrade, Rui Barbosa da Silva, Solange Gonçalves Belchior,**
1480 **Volmir Raimondi, William Saad Hossne e Zilda Arns Neumann.** Suplentes: **Ary Paliano, Ciro**
1481 **Mortella, Clóvis A. Boufleur, Fernando Luiz Eliotério, Gerônimo Paludo, Geusa M. Dantas Lélis,**
1482 **José Eri Medeiros, Júlia Maria dos Santos Roland, Lílian Alicke, Marcelo de Ávila Rosa, Maria**
1483 **Irene M. Magalhães e Maria Luiza Jaeger.**