



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**ATA DA CENTÉSIMA QÜINQUAGÉSIMA QUARTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE – CNS**

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

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

forma esclarecer eventuais dúvidas sobre a situação da saúde no Município do Rio de Janeiro. Além disso, destacou que a proposta da Lei de Responsabilidade Sanitária era uma marca dessa gestão, sendo necessário envolver o CNS nesse debate. Também ponderou sobre a possibilidade de representação do CNS acompanhar o Ministro da Saúde para dar suporte às ações feitas nos estados. Conselheira **Lílian Aliche** solicitou que fosse incluída na pauta da próxima reunião do CNS a apresentação da Política de Atenção ao Idoso, pela Secretaria de Atenção à Saúde/MS, conforme definido há duas reuniões. O Ministro de Estado da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, respondeu aos questionamentos dos Conselheiros, manifestando-se nos seguintes termos: “A respeito da proposta de Lei de Responsabilidade Sanitária, que nós estamos elaborando, o papel dos Conselhos de Saúde é muito relevante. Nós não queremos divulgar o teor da proposta, porque queremos que o Presidente da República aprove as linhas gerais para que possamos abrir um debate na sociedade como um todo. Todavia, nessa proposta, os Conselhos passam a ter um papel muito mais importante com relação à fiscalização, à participação nas decisões, enfim, eu espero que na próxima reunião do Conselho nós possamos fazer um debate inicial e distribuir a versão original. A respeito das outras questões colocadas, trata-se apenas de questões de agenda. É possível integrar membros do Conselho nas ações que fazemos nos estados; é só articular com a Secretaria-Executiva do Conselho e o Gabinete. Daí podemos fazer uma mobilização. Trata-se apenas de uma questão de articulação. Normalmente, quando eu vou aos estados, os Conselhos Locais e os Conselhos Estaduais e Municipais sempre estão, mas ainda não tivemos esse nível de articulação com o Conselho Nacional. Além disso, é preciso verificar a possibilidade de incluir na pauta da próxima reunião a apresentação da Política de Saúde do Idoso. Por último, eu gostaria de informar que o Dr. **Moisés Goldbaum**, que é conselheiro do CNS, representando a ABRASCO, é o novo Secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e deverá comparecer aqui hoje para falar com vocês. Se forem necessários novos esclarecimentos, eu tentarei retornar à 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 146ª 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 ressarcimento 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 Coleman**, 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 tinham 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 agravado (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

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

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

Por fim, disse que, apesar de ser uma tarefa difícil, o CNS precisava refazer as contas dos recursos envolvidos com a saúde, sob todos os aspectos desde a arrecadação até a destinação dos recursos, tendo em vista seus impactos positivos nos rumos das Políticas de Saúde no Brasil. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** registrou a preocupação do FENTAS com o aporte financeiro das operadoras em atividade (2.146), já que 60% do mercado de saúde suplementar estava concentrado em empresas de pequeno porte. Na sequência, fez uso da palavra o Dr. **Gilson Caleman**, Diretor da ANS, que, inicialmente, reafirmou o desafio da direção da Agência de defesa intransigente do Sistema Único de Saúde e o compromisso de participar da Comissão de Saúde Suplementar do CNS. Também destacou o esforço da ANS para rever o seu escopo legal e, a propósito, informou que o Ministério da Saúde encaminharia consulta pública para modificar o suporte legal da Agência. Além disso, enfatizou que a ANS vinha atuando no sentido de viabilizar corpo efetivo de funcionários, por meio da realização de concurso público. Falou, ainda, sobre o Programa de Qualificação do Setor de Saúde Suplementar, lançado 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 incluí-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 ressarcimento 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. Bouffleur** 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.**
416 **ITEM 3 – COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN/CNS - Os integrantes da**

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

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

programa/item com baixa execução orçamentária para explicitar os motivos disso, por entender que apenas um representante da SPO não conseguiria responder sobre todos os programas. A partir daí o Plenário tomaria os encaminhamentos necessários para reverter essa situação. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** disse que cabia aos representantes do Ministério da Saúde, no CNS, responder às demandas do Plenário em relação ao orçamento do Ministério da Saúde. Registrou, ainda, que, constantemente, os representantes do Ministério da Saúde não participavam de discussões de temas importantes. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou a seguinte Questão de Ordem: suspender 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 Secretária-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 Secretária-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 possui 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 Secretária-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 médico-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 médico-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 médico-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 Secretária-Executiva do CNS, apresentou ao Plenário a minuta de recomendação que solicita a exclusão das despesas com assistência médico-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, APECIAÇÃO 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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