



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**ATA DA CENTÉSIMA QUINQUAGÉSIMA QUINTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE - CNS**

ITEM 1 – ABERTURA – Aos oito e nove dias do mês de junho do ano de dois mil e cinco, no Plenário “O Milton 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 Quinquagésima Quinta Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde (CNS). De início, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, cumprimentou os Conselheiros e apresentou uma proposta de inversão de pauta, já que o Ministro de Estado da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, não poderia proceder à abertura oficial dos trabalhos e apresentar as propostas de Novo Pacto de Gestão do SUS e da Lei de Responsabilidade Sanitária, conforme previsto na pauta, por se encontrar fora do país. Acatada a inversão de pauta, foi definida a coordenação das mesas da reunião. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** assumiu a coordenação dos trabalhos e, de imediato, passou a palavra ao Ministro Interino da Saúde, **Antônio Alves de Souza**, para abertura oficial dos trabalhos. O Ministro Interino da Saúde, **Antônio Alves de Souza**, procedeu à abertura dos trabalhos, dirigindo-se ao Plenário nos seguintes termos: “Bom dia Conselheiros e Conselheiras, funcionários e demais presentes. Primeiro, eu quero justificar a ausência do Ministro **Humberto Costa**, que teve que fazer uma viagem emergencial ontem à noite e foi necessária essa mudança na agenda. Ele está chegando hoje à tarde e solicitou que fosse reservado espaço na pauta amanhã. Segundo, eu quero manifestar mais uma vez a satisfação de participar dessa reunião do Conselho e trazer informações que são importantes para prestação de contas ao Conselho Nacional de Saúde e que reforça o acerto das ações do Ministério e da Política do governo que estamos desempenhando na área da saúde. Nós estamos dando continuidade à estratégia Saúde da Família que foi escolhida como estratégia da implantação da Atenção Básica. Conforme dados da última pesquisa feita pelo Ministério da Saúde, os agentes comunitários de saúde acompanham hoje mais de 100 milhões de brasileiros e brasileiras no país, um número expressivo de pessoas acompanhadas por esses trabalhadores da área da saúde. As equipes hoje já prestam atendimento para mais de 75 milhões de pessoas, demonstrando que essa estratégia vem sendo bem sucedida, apesar de ser evidente a correções de rumos daquilo que se identifica como necessário em função de várias justificativas que vocês já conhecem. Além disso, gostaria de informar que anteontem o Ministro da Saúde lançou, no Estado do Ceará, a Política dos Hospitais de Pequeno Porte, que já havia sido, inclusive, apresentada e aprovada aqui no Plenário desse Conselho. Dos 68 hospitais do Estado, 64 já aderiram à proposta. Isso representa um impacto importante porque o Estado entra com o financiamento de 50%, juntamente com o Ministério da Saúde, dando uma nova ótica aos hospitais que passam a trabalhar não mais para receber em função do serviço que prestam, os procedimentos que executam, mas sim, por uma orçamentação, mudando um pouco essa relação. O hospital não irá mais correr atrás daqueles procedimentos que seriam mais bem remunerados pelo SUS, mas sim, trabalharão dentro de uma lógica de orçamentação. Isso com certeza mudará a realidade do país. Há outros estados que já estão na fila para apresentar suas propostas, a exemplo do Paraná e Piauí. Em breve, estaremos expandindo esse programa pelo país. E, por último, queria deixar aqui um desafio para o Conselho Nacional de Saúde, um ponto para reflexão. O Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias, a LDO, está em discussão no Congresso Nacional e logo estaremos trabalhando na elaboração do orçamento 2006 e eu gostaria de refletir junto com os Conselheiros e Conselheiras - no momento em que se trabalha na construção de um novo pacto de gestão - gostaria de refletir se já não é o momento de o Conselho Nacional de Saúde e o próprio nome diz Conselho Nacional de Saúde, portanto, não é um Conselho ligado ao governo federal, mas à saúde do país, se já não está na hora de nós discutirmos o orçamento da saúde do Brasil e não somente o orçamento da saúde do governo federal, porque se não houver uma contrapartida solidária dos estados e municípios dificilmente conseguiremos implementar as políticas que aprovamos no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. Então, gostaria de refletir se não é o momento de o Conselho Nacional de Saúde começar a discutir e debater o orçamento da saúde do Brasil, envolvendo o orçamento dos estados, dos municípios – Como fazer isso?! Eu não sei. Esse é um ponto de reflexão que eu queria trazer para debate neste Plenário. Esse pode não ser o momento mais oportuno, mas nós temos que começar. Já que vamos

58 trabalhar com o orçamento do governo federal, do Ministério da Saúde, para o ano que vem,
59 entendendo que na construção de um pacto de gestão onde se definem responsabilidades solidárias,
60 responsabilidades sanitárias, onde cada Ente da Federação - União, Estado e Município - tem que
61 aportar recursos para garantir uma Política Nacional de Saúde, é importante discutir o orçamento da
62 saúde do Brasil. Esse é o desafio que eu queria colocar para reflexão. Obrigado.” Na seqüência, foi
63 aberta a palavra para manifestações do Plenário. Conselheiro **José Eri Medeiros** cumprimentou os
64 representantes do Ministério e demais presentes à reunião e manifestou o apoio do CONASEMS à
65 proposta de promover debate sobre o orçamento da saúde do país. A Secretária-Executiva do CNS,
66 **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que o CNS concluiu o cadastro dos Conselhos Municipais de
67 Saúde do Estado do Amazonas, estava terminando o cadastramento dos Conselhos Municipais do Rio
68 Grande do Sul e, em julho de 2005, começaria a cadastrar os Conselhos Municipais de mais seis
69 Estados (Acre, Espírito Santo, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Piauí e Pernambuco). Disse que
70 esse cadastro seria um importante instrumento para levantar informações dos Conselhos sobre os
71 orçamentos estaduais e municipais, contribuindo para análise do orçamento da saúde do país.
72 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** aproveitou a oportunidade para apresentar o novo Conselheiro do
73 CNS **Rômulo Maciel Filho**, Vice-Presidente da ABRASCO, que estava assumindo no lugar do
74 Conselheiro **Moisés Goldbaum**. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** deu boas-vindas ao novo
75 Conselheiro e solicitou, formalmente, a disponibilização dos documentos produzidos pela Comissão de
76 Intervenção do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**
77 também cumprimentou o novo Conselheiro e reiterou a necessidade da participação de representantes
78 do Ministério da Saúde, bem como das equipes técnicas desse Ministério, na discussão do relatório da
79 Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento (COFIN/CNS) para fazer os esclarecimentos
80 necessários. Conselheiro **José Caetano** perguntou quando seria publicada a Portaria do Regimento
81 Eleitoral do CNS. Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** reiterou a solicitação, feita nas últimas reuniões
82 do CNS, de informações sobre as providências do Ministério da Saúde em relação à retirada da alíquota
83 zero na compra de órteses e próteses, já que isso estava comprometendo o acesso dos portadores de
84 deficiências a esses equipamentos. Conselheiro **Eni Carajá Filho** solicitou que o Ministério da Saúde se
85 manifestasse, em caráter de urgência, sobre a disponibilização de recursos para a certificação do
86 Centro de Referência em Hanseníase e outras dermatoses de Uberlândia, Minas Gerais, e, além disso,
87 alocasse recurso no Orçamento 2006 para a implantação de novos Centros de Referência no país.
88 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** enfatizou que a discussão do Orçamento da saúde do Brasil
89 deveria ser feita a partir do montante necessário para garantir o acesso da população à saúde com
90 qualidade e não com base no montante disponível, conforme se discutia o orçamento do Ministério da
91 Saúde. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** solicitou aparte para enfatizar a necessidade de se
92 considerar na discussão do orçamento da saúde do Brasil o problema do contingenciamento
93 orçamentário. Continuando, Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** também chamou a atenção para a
94 constante falta de preservativos, a continuidade de fracionamento de importantes medicamentos para o
95 tratamento da AIDS, a insuficiência de kits para exames de CD4 e carga viral no Estado do Rio Grande
96 do Sul, o que causava grandes danos à Política de Prevenção e Combate a AIDS. Além disso,
97 perguntou como estava sendo feito o acompanhamento da implementação, nos estados e municípios,
98 de Programas do Ministério da Saúde, aprovados no CNS, a exemplo do SAMU, Saúde Bucal, Saúde
99 Mental, entre outros. O Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José Pereira Solla**, lembrou
100 que as principais Políticas do atual governo foram aprovadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde,
101 apreciadas e aprovadas pelo Plenário do CNS e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartites.
102 Nesse sentido, sugeriu que fosse reservado espaço na próxima reunião do CNS para realização de
103 balanço das políticas desse Ministério implementadas ou em implementação, antes de discutir o
104 Orçamento do Ministério da Saúde para 2006. Também destacou que a Política da Área Hospitalar,
105 discutida e aprovada pelo CNS, estava em fase avançada de implantação e reiterou que, no dia anterior
106 fora lançada a Política para os Hospitais de Pequeno Porte. Disse que essas políticas representavam
107 um avanço, já que possibilitaram, pela primeira vez na história do SUS, progredir no processo de
108 substituição da modalidade de pagamento por produção de serviços por outros processos de
109 financiamento e contratação. Destacou que a Política para os Hospitais de Pequeno Porte era a primeira
110 a apresentar expressiva mudança na organização e financiamento da atenção, já que o impacto
111 financeiro seria dividido entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais. Conselheiro **Geraldo**
112 **Adão Santos**, diante da possibilidade de fracionamento de medicamentos, solicitou o apoio dos
113 Conselheiros e do Ministério da Saúde à proposta de se garantir a dispensação de medicamentos a
114 pacientes atendidos nas unidades de urgência e emergência, nos fins de semana e feriados e à noite,
115 pelo menos, para as 24 horas seguintes, uma vez que esses pacientes, muitas vezes, não possuíam
116 dinheiro para comprar o medicamento receitado ou mesmo não encontravam farmácias abertas para
117 adquiri-lo. O Ministro Interino da Saúde, **Antônio Alves de Souza**, respondeu aos questionamentos do
118 Plenário, manifestando-se nos seguintes termos: “Quero me somar àqueles que deram as boas-vindas
119 ao companheiro **Rômulo** e manifestar a nossa satisfação por tê-lo aqui. Você possui a grande

120 responsabilidade de substituir o Conselheiro **Moisés** e com certeza está a altura dessa missão. É um
121 prazer tê-lo conosco e seja bem-vindo. Em relação à proposta do **Solla**, gostaria de ver se isso é
122 possível, pois está à época. No ano passado, o Ministro **Humberto** deveria ter feito esse balanço na
123 reunião de dezembro, mas isso não foi possível. Acho que esse é o momento, antecedendo a discussão
124 do orçamento, de fazer a avaliação e prestação de contas e também para que o Conselho possa, a
125 partir da vivência nos estados, fazer um *feed back* sobre como estão sendo encaminhadas todas as
126 Políticas do Ministério da Saúde aqui aprovadas – SAMU; Programa de Volta para Casa, Saúde Bucal,
127 entre outras. Inclusive, o Secretário **Jorge Solla** me informou que hoje são quase onze mil equipes de
128 Saúde Bucal implantadas em todo o país, junto com o Saúde da Família. Quando assumimos,
129 estávamos com quatro mil equipes, então, houve um crescimento significativo nesses dois anos e cinco
130 meses, mostrando a definição política de se trazer para o SUS a Saúde Bucal como uma política de
131 governo importante. Além disso, várias questões levantadas aqui poderão ser discutidas com maior
132 profundidade no debate do Novo Pacto de Gestão do SUS. Sobre a questão levantada pelo Conselheiro
133 **Carlos Alberto**, gostaria de informar que nós estamos com a proposta do módulo de atenção básica -
134 são 32 itens de medicamentos onde iremos definir claramente quais as responsabilidades do Ministério
135 da Saúde com relação a tais medicamentos, qual a responsabilidade do estado e qual a
136 responsabilidade do município. Hoje ainda temos dúvidas. O Ministério ainda garante o medicamento,
137 mesmo com essa dificuldade levantada – que é menor, mas ainda existe. Nós estamos recebendo cotas
138 de medicamentos dos laboratórios oficiais que eram para ser entregues no ano passado. Ainda há uma
139 grande dificuldade com relação a isso e envolve também o aspecto do preservativo. Nós já tomamos
140 providência com relação a essa questão, só que, por mais que compremos preservativos, nós temos a
141 limitação de que, ao abrirmos um processo licitatório, dificilmente uma empresa, que não seja
142 internacional, consegue vencer uma licitação. Geralmente as indianas são as que mais têm essa
143 possibilidade em função do preço que oferecem e, como o produto é produzido lá fora, tem que ter a
144 certificação nacional. Os laboratórios que estão montados para a certificação autorizada pelo INMETRO
145 só conseguem liberar, no máximo, 25 milhões de preservativos por mês. Então, nós estamos com
146 grande compra de preservativos que estão na fila para serem certificados e não estamos conseguindo.
147 Nós temos uma reunião com o INMETRO e convocamos, inclusive, outra com o BNDES para ajudar no
148 que for possível para ampliar essa capacidade de testes. Nós também estamos trabalhando com a
149 ANVISA para que ela possa, junto com os Organismos Internacionais, buscar uma certificação
150 internacional. Essa seria uma prática que ainda não desenvolvemos. Além disso, chamamos os
151 laboratórios que trabalham com preservativo, que são somente três, para ver de que forma eles
152 poderiam estar participando desse processo. Estamos com um pregão de 150 milhões, provavelmente
153 como estamos exigindo a certificação do produto, logicamente serão esses os laboratórios que vão
154 estar trabalhando e eles comprometeram-se a colocar um preço competitivo com o mercado
155 internacional. Qual é a vantagem de comprar desses laboratórios nacionais? É que o produto já sai da
156 fábrica certificado, não precisa mais fazer o teste de certificação. Então, acredito que agora vamos
157 regularizar essa questão do preservativo, mas ainda existe essa dificuldade concreta em relação à
158 capacidade de testes do laboratório credenciado pelo INMETRO, que são poucos ainda. Acho que o
159 Secretário **Jorge Solla** poderia dar um informe sobre a situação do Rio de Janeiro, até mesmo
160 atendendo à solicitação da Conselheira **Solange Belchior**. Acho que é importante dizer como está essa
161 questão. Não sei se já foi apresentado informe sobre a última negociação. Então, seria importante esse
162 informe e ao mesmo tempo encaminhar ao Conselho os documentos do processo de negociação, o
163 acordo que foi proposto e o que ainda estiver em andamento, a questão do SAMU no Rio de Janeiro.
164 Considero importante a solicitação da Conselheira **Graciara Matos** de haver, nas reuniões da
165 COFIN/CNS, representante do grupo técnico do Ministério para responder aos questionamentos e dar o
166 apoio necessário à Comissão. O Conselheiro **Caetano** solicita a publicação da Portaria do Regimento
167 Eleitoral do CNS, que só será possível quando for assinado o Decreto que altera a composição do
168 Conselho. Esse Decreto foi encaminhado à Casa Civil e acredito que sairá amanhã ou até sexta-feira.
169 Após a publicação dele, sairá a Portaria com o Regimento. O Conselheiro **Luiz Augusto** novamente
170 traz a reivindicação da retirada da alíquota zero. Eu vou solicitar informações sobre essa questão e
171 apresento para você até amanhã. A respeito da solicitação do Conselheiro **Eni Carajá**, eu vou verificar
172 como está a certificação do Centro de Referência de Uberlândia. O Conselheiro **Carlos Alberto** trouxe
173 essa questão...*interrupção*... já garantindo esse contrato até junho do ano que vem, inclusive saindo do
174 período do início do ano quando nós sempre temos dificuldades orçamentárias. Então, nós assinamos
175 contratos. Inclusive, essa semana nós vamos assinar ainda com a Bristol que fornece o Atazanavir,
176 procurando regularizar essa questão dos medicamentos. Além disso, temos um trabalho incessante com
177 os laboratórios oficiais para que possamos garantir o fornecimento adequado desses medicamentos,
178 criando um estoque de segurança de três meses para evitar qualquer situação que possa dificultar ou
179 atrasar a importação da matéria-prima que, infelizmente, ainda tem que vir do exterior, principalmente
180 da Índia. Em relação ao CD4, nós estamos com um processo licitatório, enquanto isso, estamos
181 utilizando a ata de registro de preços de São Paulo. Eu vou verificar o quadro completo e vou trazer até

182 amanhã. O Conselheiro **Geraldo Adão** traz a discussão dos medicamentos que envolvem toda a
183 questão do medicamento que nós pretendemos definir na discussão do pacto. A portaria do módulo de
184 atenção básica deve ser publicada até julho, com definição clara da competência do Ministério da
185 Saúde, que está assumindo medicamento para hipertensão, diabetes, asma, endemias, epilepsia,
186 anticoncepcionais, parte dos preservativos, entre outros. No total, o Ministério da Saúde assumirá 32
187 itens, logicamente, definindo no pacto, que devemos assinar até outubro com estados e municípios, a
188 responsabilidade de cada um com relação a isso. O Ministério vai definir isso, para que, ao faltar um
189 antibiótico lá na ponta, o usuário saiba de quem cobrar, apesar de que o ideal é que não falte, mas, se
190 isso ocorrer, é importante que ele saiba de quem cobrar. Obrigado!” Prosseguindo, o Secretário de
191 Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José P. Solla**, apresentou informe sobre o processo de negociação
192 entre o Ministério da Saúde e o Município do Rio de Janeiro. Disse que no mês de maio de 2005 fora
193 firmado acordo com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, definindo que: **a)** o Ministério da
194 Saúde assumiria, pelo menos durante a atual gestão municipal, a gerência dos Hospitais da Lagoa,
195 Ipanema, Andaraí e Cardoso Fontes; e o pagamento dos valores previstos no termo de cessão dos
196 Hospitais Municipalizados do Rio de Janeiro; **b)** a gestão municipal participaria do financiamento do
197 SAMU, apesar de ter reiterado que não aceita a implantação do Serviço no Município; e **c)** os servidores
198 que atuam nesses quatro hospitais, que passariam formalmente à gerência do Ministério da Saúde,
199 seriam substituídos gradativamente, no período de três anos, e o Ministério da Saúde iria repor os
200 gastos dos municípios com esses servidores. Informou que estava concluindo negociação com a
201 Secretaria Municipal para a implantação do SAMU no município e havia sido iniciado mutirão de
202 cirurgias eletivas no Rio de Janeiro para acabar com a demanda reprimida. Conselheira **Marisa Fúria**
203 pediu retorno do ofício da Associação Brasileira de Autismo, enviado ao Ministério da Saúde há um ano,
204 solicitando a inclusão dos medicamentos risperidona e holanzapina voltados para o tratamento das
205 pessoas portadoras de autismo, nas Portarias nºs 1.318, de 27 de julho de 2002 e 921, de 25 de
206 novembro de 2002. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** reiterou o pedido ao Ministro da Saúde
207 que fosse disponibilizada lista de medicamentos, explicitando os que deveriam ser disponibilizados pelo
208 Ministério da Saúde, pelos Estados e pelos Municípios. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**
209 solicitou ao Ministério da Saúde que comunicasse formalmente ao CNS as alterações nas Portarias, ou
210 mesmo a publicação de novos dispositivos, que dispõem sobre medicamentos. O Ministro Interino da
211 Saúde, **Antônio Alves de Souza**, respondeu às solicitações, manifestando-se nos seguintes termos:
212 “Nós assumimos o compromisso de articular com a Secretaria-Executiva do Conselho para que toda
213 alteração, embora isso seja circulado para na internet, seja enviada formalmente ao CNS.” Concluindo,
214 o Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** agradeceu o Ministro Interino da Saúde e o Secretário de Atenção
215 à Saúde pela participação e encerrou esse item. **APROVAÇÃO DE ATAS** – A Secretária-Executiva do
216 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, submeteu à deliberação do Plenário as atas da 153ª e 154ª Reuniões
217 Ordinárias do CNS. **As atas foram aprovadas, por unanimidade, considerando a retificação do**
218 **Conselheiro Geraldo Adão dos Santos no texto da ata da 153ª Reunião Ordinária.** Prosseguindo,
219 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** convidou a técnica do CNS, **Gleisse de Castro**, responsável por
220 assessorar a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST/CNS), para apresentar as
221 recomendações dessa Comissão. **ITEM 2 – RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO INTERSETORIAL**
222 **DE SAÚDE DO TRABALHADOR – CIST/CNS** – A técnica do CNS, **Gleisse de Castro**, fez a leitura de
223 três propostas de recomendações da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST/CNS), que
224 propõem ao Plenário do CNS: **1)** a aprovação do Plano de Trabalho da Comissão Intersetorial de Saúde
225 do Trabalhador para 2005, bem como o calendário de reuniões, conforme segue: **I** - Plano de Trabalho
226 da CIST para 2005: **a)** Realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, com o
227 seguinte cronograma: Etapa Municipal – de 25 de abril de 2005 até 30 de setembro de 2005; Etapa
228 Estadual – até 23 de outubro de 2005; e Etapa Nacional – de 9 a 12 de novembro de 2005; **b)**
229 Acompanhamento da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, incluindo o
230 detalhamento setorial do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego e do Ministério da
231 Previdência Social; **c)** Discussão da Política do Ministério da Saúde, especialmente a Rede Nacional de
232 Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST); **d)** Acompanhamento do Projeto de Lei nº
233 3.307/04, do Deputado **Roberto Gouveia**, que detalha a execução da Política de Saúde do Trabalhador
234 no SUS: Saúde, Trabalho e Emprego e Previdência Social; **e)** Identificação e acompanhamento de
235 Recomendações e Resoluções do Conselho Nacional de Saúde sobre Saúde do Trabalhador; e **f)**
236 Avaliação da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e das atividades desenvolvidas pela
237 Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador; e **II** - Calendário das reuniões da CIST: 19 de maio de
238 2005; 27 de junho de 2005: reunião da CIST com a Comissão Organizadora da 3ª CNST; 27 de julho de
239 2005: reunião da CIST com a Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde do
240 Trabalhador (CNST); 24 de agosto de 2005: reunião da CIST com a Comissão Organizadora da 3ª
241 CNST; 21 de setembro de 2005: reunião da CIST com a Comissão Organizadora da 3ª CNST; 26 de
242 outubro de 2005: reunião da CIST com a Comissão Organizadora da 3ª CNST; 8 e 9 de novembro de
243 2005: reunião da CIST com a Comissão Organizadora da 3ª CNST; e 1º e 2 de dezembro de 2005:

244 reunião da CIST com a Comissão Organizadora da 3ª CNST; 2) pautar a apresentação e discussão da
245 Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005, que publica o texto base da minuta de Política
246 Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador para apresentação e discussão; e 3) pautar a
247 apresentação e discussão da Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, que cria a Rede Nacional
248 de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS. Na sequência, foi aberta a palavra para
249 considerações do Plenário. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** aproveitou a oportunidade para
250 reiterar a necessidade de inclusão de representante do segmento dos trabalhadores na CIST/CNS.
251 Conselheiro **Eni Carajá Filho** reforçou a necessidade de os Conselhos de Saúde das três esferas
252 aprofundarem o debate acerca da proposta de Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do
253 Trabalhador (RENAST). Não havendo destaques, Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** colocou em
254 votação as minutas de recomendações, considerando os adendos dos Conselheiros **Eni Carajá Filho** e
255 **Solange Gonçalves Belchior**. **As minutas de recomendações foram aprovadas por unanimidade.**
256 Na sequência, Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** convidou a Conselheira **Maria Natividade G. S. T.**
257 **Santana**, coordenadora da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH/CNS), para
258 apresentação do parecer da CIRH/CNS com recomendações gerais referentes aos critérios para a
259 abertura e o reconhecimento dos cursos de graduação com Diretrizes Curriculares Nacionais orientadas
260 para a área da saúde. **ITEM 3 – RESOLUÇÃO SOBRE ABERTURA DE NOVOS CURSOS** – Iniciando,
261 Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** apresentou, de forma sucinta, a estrutura do parecer da
262 Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH/CNS), com recomendações gerais referentes aos
263 critérios para a abertura e o reconhecimento dos cursos de graduação com Diretrizes Curriculares
264 Nacionais orientadas para a área da saúde. Explicou que o documento era composto por considerações
265 sobre o estudo coordenado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde para subsidiar a
266 formulação, quanto à regulação da qualidade educativa e quanto à regulação do acesso; e por
267 recomendações quanto às necessidades sociais; quanto ao projeto político-pedagógico coerente com as
268 necessidades sociais; e quanto à relevância social do curso. Feita essa apresentação, foi destinado
269 tempo para a leitura do documento, na perspectiva de serem apresentadas contribuições ao texto, que
270 serviria de base para a elaboração da resolução do CNS sobre a abertura de novos cursos na área a
271 saúde. Retomando, Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** convidou a Conselheira **Gilca**
272 **Ribeiro S. Diniz** para compor a mesa e solicitou à mesma que apresentasse informações sobre a
273 negociação com o Ministério da Educação acerca dos critérios. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz**
274 informou que o parecer da CIRH havia sido concluído na semana anterior à reunião do CNS e
275 encaminhado aos representantes do Conselho Nacional de Educação. Assim, o Ministério da Educação
276 estava analisando o documento e até aquele momento não possuía posição oficial sobre o seu mérito.
277 Contudo, ressaltou que fora possível observar que o texto contemplava questões anteriores sobre as
278 quais havia acordo. Em princípio, destacou que o Ministério da Saúde entendia que a decisão sobre a
279 abertura de novos cursos na área da saúde deveria ser conjunta – CNS e CNE - logo, o parecer do CNS
280 não poderia ter caráter terminativo. Após esse informe, foi aberta a palavra para manifestações do
281 Plenário sobre o texto. Conselheiro **Willian Saad Hossne** cumprimentou a CIRH/CNS pelo trabalho,
282 dada a complexidade da tarefa de estabelecer critérios para abertura de cursos, em especial, do ponto
283 de vista da necessidade e demanda social. Sugeriu que, futuramente, caso fosse possível, a Comissão
284 revisasse o documento, na perspectiva de torná-lo mais conciso. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**
285 congratulou a Comissão pelo trabalho, por entender que o documento conseguiu atingir o objetivo
286 proposto pelo CNS. Além disso, perguntou se a Comissão definiu estratégia para fomentar a abertura de
287 cursos públicos na área da saúde, dado o critério apresentado de superação da predominância da
288 lógica de mercado na educação superior, estabelecendo-se a preferência para a abertura de cursos
289 públicos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** também registrou cumprimentos à Comissão pelo
290 documento, por entender que os critérios quanto às necessidades sociais atendiam ao anseio de
291 vincular a educação superior aos princípios do SUS. Ponderou sobre a necessidade de explicitar melhor
292 no documento como se daria a participação da sociedade civil, por meio dos Conselhos de Saúde, no
293 processo de abertura de novos cursos. Por fim, perguntou que critérios a Comissão utilizou para definir
294 a ordem dos cursos sobre os quais deveria ser ampliado o estudo descritivo das profissões, já que o
295 curso de farmácia, apesar de ser um dos que apresentavam maiores problemas, estava previsto para
296 um segundo momento. Prosseguindo, Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que o documento
297 apontasse também a necessidade de participação do Controle Social no processo de autorização para
298 abertura de novos cursos, de forma a impedir que normas estaduais interferissem na Política Nacional.
299 Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** somou-se aos demais Conselheiros que cumprimentaram a
300 Comissão pelo mérito do trabalho, mas apontou a necessidade de rever a sua forma. Nesse sentido,
301 apresentou as seguintes contribuições ao parecer: incluir parecer do Ministério da Saúde sobre a
302 abertura de novos cursos na área da saúde; iniciar o documento com introdução e não com
303 comentários; substituir a expressão “Considerações” por “Diagnóstico”; e substituir a expressão
304 “Recursos Humanos”, quando se referir ao corpo de trabalhadores da área da saúde, por outra mais
305 adequada. Além disso, enfatizou que a tarefa do CNS era definir os critérios para a abertura de novos

306 cursos de graduação e não apenas elaborar subsídios para decisão dos Ministérios da Saúde e da
307 Educação sobre a questão. Contudo, avaliou que, antes de definir esses critérios, o Plenário deveria
308 promover amplo debate sobre a proposta de reforma universitária. Acrescentou, ainda, que o documento
309 deveria apresentar Política para Abertura de Novos Cursos vinculada ao diagnóstico sobre a situação
310 das escolas de formação de profissionais, considerando-se a necessidade de fechamento dos cursos de
311 má qualidade. Também destacou a necessidade de continuar os estudos sobre a questão, a fim de
312 verificar a real necessidade social do país em relação à abertura de novos cursos de graduação na área
313 da saúde. Conselheiro **José Eri Medeiros** também parabenizou a Comissão e sugeriu que o documento
314 apontasse a importância da participação dos gestores locais do SUS na construção do projeto político-
315 pedagógico das instituições de ensino superior. Conselheiro **Rogério Torkarski** chamou a atenção para
316 a necessidade de se garantir a realização de exame de proficiência ou de competência para os cursos
317 de Farmácia, a fim de que os profissionais formados atendessem à real necessidade do sistema.
318 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** explicou que o documento da CIRH/CNS não era o
319 almejado, mas sim, o que foi possível construir sobre a regulação do processo de abertura de cursos de
320 graduação na área da saúde, segundo a autonomia universitária definida na Lei de Diretrizes e Bases
321 da Educação Nacional (LDB) e a proposta de reforma universitária em discussão. Logo, poderia ser
322 modificado, futuramente, de acordo com a conjuntura da época. Ademais, registrou que a participação
323 do Controle Social no processo de formação de profissionais, por si só, já representava um grande
324 avanço. Conselheira **Silvia Marques Dantas** também sugeriu que, no item relativo ao projeto político-
325 pedagógico coerente com as necessidades sociais, fosse explicitada a necessidade de os currículos e
326 as práticas de aprendizagem serem orientados também pelas diversidades sociais e humanas de
327 gênero, raça, etnia, classe social, geração, orientação sexual e necessidades especiais (deficiências,
328 patologias, transtornos, entre outros). Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou aparte para anunciar
329 a presença do Secretário de Saúde de Nova Iguaçu/RJ, **Valcler Fernandes**, na reunião. Prosseguindo,
330 Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** destacou que o documento explicitava o acúmulo de debate sobre
331 a abertura de novos cursos na área da saúde, iniciado no Plenário do CNS há dois anos e contribuiria
332 para o processo de discussão sobre a reforma universitária. Na sequência, a Conselheira **Maria**
333 **Natividade G. S. T. Santana** comentou as intervenções dos Conselheiros. Explicou que, desde o
334 advento da Lei Orgânica da Saúde, o CNS vinha travando debate com o MEC, o CNE e o Congresso
335 Nacional no sentido de garantir o cumprimento dos dispositivos legais que atribuem ao SUS a
336 ordenação do processo de formação dos profissionais da área da saúde. Enfatizou que, desde 2002, a
337 CIRH/CNS vinha trabalhando para atender ao conjunto de demandas apontadas pelo Plenário do CNS
338 em atendimento aos problemas relativos à gestão do trabalho e da educação na saúde. Assim, a
339 pactuação de critérios mínimos para a abertura de novos cursos de graduação na área da saúde
340 representava um avanço. Prosseguindo, apontou complicadores do processo a serem considerados no
341 debate: diferença entre o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Educação; conflito de hierarquia das
342 Leis que regulam a competência dos setores da educação e da saúde na formação de profissionais da
343 saúde; e autonomia universitária. Feitas essas considerações, sugeriu que os Conselheiros
344 encaminhassem as suas contribuições ao documento, a fim de formatar o texto final cujos principais
345 pontos constariam na resolução do CNS sobre a abertura de cursos de graduação na área da saúde, na
346 perspectiva de contribuir, dentre outros aspectos, para o debate acerca da reforma universitária.
347 Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** enfatizou que o MEC vinha discutindo novos marcos regulatórios
348 diante do processo de expansão desordenada, cartorial e regulada pelo mercado do ensino superior no
349 país. Nessa linha, disse que os critérios norteariam o processo de reconhecimento de cursos e
350 fechamento daqueles com baixa qualidade de ensino. O Coordenador do Departamento de Gestão da
351 Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, também teceu comentários sobre os questionamentos do
352 Plenário em relação ao documento. Explicou que a definição constitucional da saúde como setor de
353 organização única - nacional - atravessava todos os Entes Federados e toda a rede de ações e de
354 serviços, único setor no capítulo da ordem social gravado como de relevância pública e único com
355 objetivo e atribuição finalística de ordenamento da formação dos recursos humanos da sua área, fatores
356 que constituíam razão específica para configurar campo de exceção, justificando o acoplamento da
357 autonomia universitária com o controle social em saúde (gestão da formação em saúde como política
358 pública de Estado e de governo). Além disso, explicou que o documento explicitava a lógica de que a
359 autonomia universitária ou a gestão da formação em saúde como política pública ficava subordinada
360 apenas ao estatuto da gestão democrática entre instituição de ensino, governo e sociedade civil, uma
361 vez que todo o setor da saúde estava submetido à participação da sociedade com poder deliberativo,
362 estando a população representada na proporção de 50% do total de membros conselheiros nas
363 instâncias do SUS. Também destacou que a regulamentação do processo de abertura de cursos não
364 tinha relação com a qualidade dos cursos, já que essa qualidade estava relacionada ao sistema
365 permanente de avaliação de cursos. Explicou que não era possível definir critérios únicos e definitivos
366 para abertura de cursos na área da saúde, já que o curso deveria ser aberto atendendo às
367 necessidades sociais e regionais. Reiterou, ainda, que o documento representava um avanço já que

368 apresentava critérios de regulação da abertura e reconhecimento de novos cursos da área da saúde,
369 quanto às necessidades sociais, ao projeto político-pedagógico coerente com as necessidades sociais e
370 à relevância social do curso. Continuando, destacou que não deveria haver restrição quanto à abertura
371 de vagas nas instituições públicas de ensino, já que o acesso à educação superior no país era
372 majoritariamente privado. Também salientou que os critérios não eram taxativos, mas sim, indicavam
373 onde poderiam ser abertos ou não cursos de graduação na área da saúde. Informou que a Comissão
374 utilizou a expressão “Recursos Humanos” no documento em consonância com a linguagem do aparato
375 legal, a fim de não deixar dúvidas a respeito da Legislação em referência. Explicou que o documento foi
376 apresentado na forma de parecer, com vistas a deixar claro o debate e a compreensão sobre a
377 regulamentação e reconhecimento de novos cursos na área da saúde. Manifestou apoio à a proposta de
378 explicitar no item relativo ao projeto político pedagógico a importância de a produção de conhecimento
379 estar relacionada às diversidades humanas e sociais. Concluindo, informou que a proposta era realizar
380 os estudos descritivos sobre as profissões da área da saúde, citados no documento, até o final de 2005,
381 assim, o intervalo entre o primeiro e o segundo momento não seria grande. Além disso, acrescentou que
382 a ordem dos cursos considerou as ações em curso dos Ministérios da Saúde e da Educação.
383 Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** informou que a CIRH/CNS, na sua próxima reunião,
384 discutiria a regulamentação da Medida Provisória que trata sobre Bolsas, Residências e Serviço Civil e a
385 matéria seria trazida à apreciação do Plenário na próxima reunião do CNS. Conselheira **Maria Eugênia**
386 **C. Cury** discordou da proposta de dividir os estudos descritivos sobre as profissões em duas etapas.
387 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** defendeu que os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais
388 participassem do debate sobre a regulamentação e abertura de novos cursos na área da saúde.
389 Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** explicou que o documento contemplava a preocupação
390 do Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, já que as diretrizes gerais, definidas historicamente pelo
391 CNS, poderiam ser discutidas nos Estados e Municípios. Em relação à proposta do estudo descritivo, o
392 Coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, propôs que
393 não houvesse divisão entre primeiro e segundo momento. Concordando com essa proposta,
394 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que as profissões fossem colocadas em ordem
395 alfabética. Definido esse ponto e não havendo outros destaques, Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**
396 colocou em votação o parecer da CIRH, com as recomendações e sugestões do Plenário. **O**
397 **documento foi aprovado com uma abstenção.** Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** declarou que
398 se absteve da votação não por ser contra o mérito do documento, mas por entender que não estava
399 concluído, já que não explicitava a posição do CNS a respeito da abertura de cursos de graduação na
400 área da saúde e o papel do Conselho nesse processo. **A Comissão faria a incorporação das**
401 **sugestões ao documento e a partir dele elaboraria minuta de resolução, a ser submetida à**
402 **apreciação e deliberação do Plenário.** Diante da declaração de voto da Conselheira **Maria Leda de R.**
403 **Dantas**, Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** disse que as resoluções anteriores do CNS
404 apontavam para o caráter terminativo do seu parecer sobre a abertura de cursos, todavia, até aquele
405 momento, fora possível avançar no sentido de parecer conjunto dos setores da educação e saúde.
406 Dessa forma, defendeu que essa matéria fosse tratada no debate sobre a reforma universitária. No
407 segundo dia de reunião, a Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** apresentou a minuta de
408 resolução onde o CNS resolve: **1)** afirmar o entendimento de que a homologação da abertura de cursos
409 na área de saúde pelo Ministério da Educação somente seja possível com a não objeção do Ministério
410 da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, cumprindo-se as considerações relativas à Constituição
411 Federal; **2)** reiterar que a emissão de critérios técnicos educacionais e sanitários relativos à abertura e
412 reconhecimento de novos cursos para a área da saúde deve levar em conta a regulação pelo Estado; a
413 necessidade de democratizar a educação superior; a necessidade de formar profissionais com perfil,
414 número e distribuição adequados ao Sistema Único de Saúde e a necessidade de estabelecer projetos
415 políticos pedagógicos compatíveis com a proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais; **3)** aprovar o
416 parecer emitido pela CIRH/CNS quanto ao debate e recomendações relativos às “Diretrizes gerais
417 referentes aos critérios para a abertura e reconhecimento de cursos de graduação com diretrizes
418 curriculares orientadas para a área da saúde” e a íntegra do documento que lhe deu suporte; **4)** aprovar
419 os critérios de regulação da abertura e reconhecimento de novos cursos da área da saúde, constantes
420 no parecer; **5)** recomendar aos Ministros de Estado da Saúde e da Educação e ao Presidente do
421 Conselho Nacional de Educação que implementem esses critérios em cumprimento à Constituição
422 Federal, no tocante ao papel ordenador do SUS na formação de recursos humanos em saúde (Artigo
423 200 da Constituição Nacional); **6)** recomendar a mais ampla divulgação e disseminação dessa
424 resolução, do parecer e do documento sobre “Diretrizes gerais referentes aos critérios para a abertura e
425 reconhecimento de cursos de graduação com diretrizes curriculares orientadas para a área da saúde”,
426 bem como a íntegra do estudo sobre necessidade de profissionais e especialistas em saúde realizado
427 pelo Ministério da Saúde, inclusive na forma de livro, reconhecendo sua qualidade para a informação e
428 construção de metodologia e para o conhecimento da necessidade de oferta da formação em saúde, no
429 âmbito da graduação e especialização profissional. **Não havendo destaques, a minuta de resolução**

430 foi aprovada, por unanimidade. **ITEM 4 – INFORME SOBRE O GRUPO DE TRABALHO DE**
431 **GESTÃO PARTICIPATIVA** – Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** apresentou o relatório da
432 reunião do GT de Gestão Participativa, realizada no 31 de maio de 2005. Informou que o GT discutiu o
433 conceito de Gestão Participativa a partir de duas óticas: gestão para a participação da sociedade no
434 processo de gerência; e controle e gestão com ampla participação dos trabalhadores e ausculta aos
435 usuários nas instituições e serviços. Disse que foram disponibilizados aos componentes do Grupo os
436 cadernos produzidos pela Secretaria de Gestão Participativa e feita a apresentação das linhas de ação
437 e estratégias dessa Secretaria. Após amplo debate, destacou que foi evidenciada a congruência entre
438 controle social e gestão participativa e não houve consenso no grupo em relação ao Conselho de Saúde
439 estar caracterizado na função de gestão; ser ator externo à gestão, com condições similares aos
440 Tribunais de Contas e Câmaras Legislativas, respeitados as diferenças; e a definição do termo Gestão
441 Participativa. Ressaltou que os componentes do grupo apresentaram experiências em gestão
442 participativa e apontaram a necessidade de aprofundar o debate sobre o papel dos Conselhos de Saúde
443 na gestão do SUS. Diante disso, fora agendada reunião para o 12 de julho de 2005, que teria a seguinte
444 pauta de discussão: definir conceito de consenso sobre Gestão Participativa; e debater as metas e
445 ações da Secretaria de Gestão Participativa, de forma a aproximá-las das deliberações do Conselho
446 Nacional de saúde e das Conferências de Saúde. Por fim, explicou que o Grupo destacou a
447 necessidade de ser submetida à homologação do Plenário a participação da Conselheira **Gilca Ribeiro**
448 **S. Diniz** no GT, já que no momento da definição dos componentes do Grupo a mesma estava
449 representando o Conselho Nacional de Saúde no Congresso Nacional, não tendo, portanto, sua
450 candidatura submetida à apreciação do Plenário. Concluída a apresentação do relatório, foi aberta a
451 palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Crescêncio Antunes S. Neto** disse que era
452 contrário à participação da Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** no Grupo, mas era preciso considerar a
453 decisão anterior do CNS, ao discutir a matéria, de constituir um grupo paritário, composto por oito
454 integrantes, quatro Conselheiros e quatro representantes do governo. Assim, para ser coerente com
455 essa deliberação, ao incluir a referida Conselheira no grupo, seria necessário incluir um representante
456 do governo, de forma a preservar a paridade. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** lembrou que os GTs
457 do CNS não possuíam caráter deliberativo, logo, não havia necessidade de serem paritários. Além
458 disso, defendeu a participação da Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** no Grupo, por entender que ela
459 poderia contribuir de forma efetiva nos trabalhos. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** também se
460 posicionou favorável à participação da Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** no Grupo como
461 representante do CNS. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** enfatizou que os GTs do CNS
462 estavam abertos a contribuições, por isso, jamais havia sido vetada a participação de Conselheiros nos
463 grupos, para contribuir nos trabalhos. Além disso, perguntou aos integrantes do GT se, conforme
464 definido pelo Plenário do CNS, o Governo havia encaminhado documento, explicitando o conceito de
465 gestão participativa, para subsidiar a discussão. Conselheiro **Crescêncio Antunes S. Neto** esclareceu
466 que a sua fala não fora no sentido de vetar a participação da Conselheira **Gilca Ribeiro**
467 **S. Diniz** no Grupo, mas sim de manter a coerência com a deliberação anterior do Plenário do CNS
468 sobre a matéria. Diante dessas considerações, Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** apresentou a seguinte
469 proposta de encaminhamento: rever a deliberação do CNS no que se refere à composição do GT,
470 formalizando a inclusão da Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** no Grupo e possibilitando a indicação de
471 mais um representante do Ministério da Saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** propôs que o
472 Plenário formalizasse a participação da Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** no GT e garantisse a
473 possibilidade de inclusão de novos representantes do Ministério da Saúde. Conselheira **Solange**
474 **Gonçalves Belchior** informou à Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** que foram
475 apresentadas várias formulações sobre gestão participativa, mas o GT não conseguiu definir conceito
476 formal. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** lembrou que o Plenário recomendou ao governo a
477 apresentação do conceito de gestão participativa que orientou a criação da Secretaria de Gestão
478 Participativa, no âmbito do Ministério da Saúde, na perspectiva de servir de subsídio para a discussão
479 do GT. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** disse que o Regimento Interno do CNS estabelecia o número
480 de Comissões e GTs que um Conselheiro poderia participar. Após essas considerações, Conselheira
481 **Solange Gonçalves Belchior** submeteu à apreciação do Plenário a proposta de formalizar a inclusão
482 da Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** no GT. **Não havendo posições contrárias, a proposta foi**
483 **aprovada por unanimidade.** Além disso, o Plenário reiterou a solicitação ao Governo para que
484 **apresente o conceito de gestão participativa que orientou a criação da Secretaria de Gestão**
485 **Participativa; e reafirmou a garantia da participação de novos integrantes no grupo, inclusive de**
486 **representante do Ministério da Saúde.** Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** esclareceu ao
487 Plenário que havia sido publicado Decreto, definindo nova estrutura do Ministério da Saúde e as
488 competências da Secretaria de Gestão Participativa. Nessa linha, avaliou que não era de sua
489 competência elaborar um documento, explicitando o conceito de gestão participativa, mas sim, do
490 Colegiado do Ministério da Saúde. Concluindo, disse que estava aberto a trazer ao Conselho os
491 representantes das áreas da SGP para que apresentassem relato sobre as suas atividades. Conselheira

492 **Maria Natividade G. S. T. Santana** lembrou que a polêmica em torno da matéria iniciou-se a partir da
493 verificação de que as competências da SGP, que estavam diretamente ligadas à concepção de governo
494 sobre gestão participativa, chocavam-se com as do CNS. Por essa razão, o Plenário solicitou ao
495 governo que apresentasse o seu conceito de gestão participativa. Após essas considerações,
496 Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** solicitou que, após o intervalo para o almoço, fosse reservado
497 espaço na pauta para apresentação de informe da Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio
498 Ambiente (CISAMA). Registrada essa solicitação, Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** encerrou os
499 trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. **ITEM 5 – ENCAMINHAMENTOS REFERENTES AO**
500 **SIMPÓSIO DE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE** – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida**
501 **da Cruz**, lembrou que, na última reunião do CNS, o Plenário delegou à Secretaria-Executiva do
502 Conselho a tarefa de elaborar textos sobre os temas do Simpósio “SUS – O Presente e o futuro:
503 avaliação do seu processo de construção”, na perspectiva de subsidiar os debates no Simpósio.
504 Todavia, disse que não havia tempo hábil para elaborar os documentos e submeter à apreciação do
505 Plenário, já que o Seminário seria realizado nos dias 28 a 30 de junho de 2005 e ressaltou que havia
506 deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde sobre os temas do Simpósio. Diante disso,
507 submeteu à apreciação do Plenário a proposta de, ao invés de elaborar textos sobre os temas do
508 Simpósio, distribuir além do estudo “Aporte de Recursos Públicos para Planos Privados de Saúde:
509 subsídios para a apresentação do tema” o Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. **Após**
510 **novas indicações, acordou-se que seriam distribuídos os seguintes documentos, na perspectiva**
511 **de servir de subsídio para a discussão no Simpósio: 1) Relatório Final da 12ª Conferência**
512 **Nacional de Saúde; 2) estudo “Aporte de Recursos Públicos para Planos Privados de Saúde:**
513 **subsídios para a apresentação do tema”; 3) Norma Operacional de Recursos Humanos –**
514 **NOB/RH; d) Documentos-Base das Conferências de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**
515 **e de Saúde do Trabalhador; e) parecer da CIRH/CNS com recomendações gerais referentes aos**
516 **critérios para a abertura e o reconhecimento dos cursos de graduação com Diretrizes**
517 **Curriculares Nacionais orientadas para a área da saúde; e f) documento com a compatibilização**
518 **das ações contidas na Lei Orçamentária Anual (LOA/2005) com as metas estabelecidas no Plano**
519 **Nacional de Saúde “Um pacto pela saúde no Brasil”.** Prosseguindo, Conselheira **Graciara Matos de**
520 **Azevedo** informou que o CNS não constava na lista de autoridades convidadas a participar da
521 solenidade de abertura do Simpósio. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
522 destacou que deveria ser solicitada à Comissão Organizadora do Simpósio a inclusão de representante
523 do CNS na solenidade de abertura e sugeriu que o Plenário indicasse um nome. Conselheira
524 **Rozângela Fernandes Camapum** destacou que o CNS também não constava na lista das entidades
525 promotoras do Simpósio. Nesse sentido, disse que deveria ser solicitada à comissão organização a
526 inclusão de representante do CNS na solenidade de abertura e na lista de entidades promotoras do
527 Simpósio. Além disso, sugeriu que o Plenário indicasse o representante do CNS naquele momento, já
528 que não haveria outra reunião do Conselho antes do Simpósio. **Conforme essa proposta, o Plenário**
529 **indicou a Conselheira Graciara Matos de Azevedo para participar da mesa de abertura do**
530 **Simpósio. A Secretaria-Executiva do CNS incumbiu-se de enviar a lista dos Conselheiros que**
531 **participariam do Simpósio à Conselheira Graciara Matos de Azevedo. ITEM 6 – INFORME SOBRE**
532 **O CONCURSO DE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS EM CONTROLE SOCIAL** – A Secretária-Executiva do
533 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que fora publicado no Diário Oficial da União, de 25 de abril
534 de 2005, o edital do Concurso Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Controle Social, que visa
535 incentivar e reconhecer publicamente o mérito das experiências de controle social, voltado às
536 experiências dos Conselhos de Saúde, nos âmbitos municipal e estadual. As inscrições iniciaram-se em
537 2 de maio de 2005 e poderiam ser feitas até o dia 31 de janeiro de 2006. Para dar encaminhamento ao
538 processo, disse que seria necessário elaborar o *folder* de divulgação do concurso, a ser enviado aos
539 estados e municípios e definir comissão paritária do CNS, composta por oito pessoas, para julgar os
540 trabalhos. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** ressaltou que era importante explicitar no edital que os
541 Conselhos Distritais de Saúde, que eram órgãos legalmente reconhecidos, também poderiam participar
542 do concurso. **A propósito, o Plenário decidiu que a Comissão de Comunicação do CNS analisaria**
543 **o folder de divulgação do concurso e a comissão julgadora seria constituída após a eleição do**
544 **CNS. Além disso, acordou-se que seria feita retificação no edital, explicitando a possibilidade da**
545 **participação dos Conselhos Distritais de Saúde no concurso. ITEM 7 – INFORMES E**
546 **INDICAÇÕES – Informes: 1) Comissão de Saúde Suplementar do CNS** – Conselheira **Graciara**
547 **Matos de Azevedo** informou que a Comissão de Saúde Suplementar do CNS, reunida no dia 7 de
548 junho de 2005, concluiu o estudo “Aporte de Recursos Públicos para Planos Privados de Saúde:
549 subsídios para a apresentação do tema”, considerando que não foram encaminhadas novas
550 contribuições ao texto. Disse que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informou à
551 Comissão que analisaria o estudo e apresentaria respostas aos temas nele tratados. Desse modo,
552 enfatizou que o Pleno teria que decidir se essas repostas seriam analisadas pela Comissão ou pelo
553 Plenário do CNS. Além disso, ressaltou que foi acordado com a representação da Agência que seria

554 apresentado ao Plenário do Conselho o balanço sobre o setor de saúde suplementar e o Projeto de
555 Qualificação do Setor de Saúde Suplementar. De tal maneira, solicitou que fosse destinado espaço na
556 pauta da próxima reunião do CNS para apresentação do balanço e do Projeto. **2) VI Congresso**
557 **Nacional da Rede Unida – Data: de 2 a 5 de julho de 2005 – Local: Belo Horizonte/MG.** Durante o
558 Congresso, também seriam realizados: I Mostra de Produção de Saúde da Família de Minas Gerais; II
559 Fórum Nacional de Redes em Saúde; e Reunião dos Pólos de Educação Permanente em Saúde.
560 Haverá um *stand* do Conselho e será feita a apresentação do Cadastro Nacional de Conselhos de
561 Saúde. **Acordou-se que os Conselheiros interessados em participar do Congresso comunicariam**
562 **a Secretaria-Executiva do CNS o mais breve possível, já que as inscrições deveriam ser feitas até**
563 **o dia 14 de junho de 2005.** **3) A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**
564 **(ABRASCO) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) realizariam de 9 a 13 de julho de**
565 **2005, em Florianópolis/SC, o III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde.**
566 Haverá um *stand* do Conselho e será feita a apresentação do Cadastro Nacional de Conselhos de
567 Saúde. **Acordou-se que os Conselheiros interessados em participar do Congresso comunicariam**
568 **a Secretaria-Executiva do CNS o mais breve possível, já que as inscrições deveriam ser feitas até**
569 **o dia 14 de junho de 2005.** **A Comissão de Comunicação seria a responsável por preparar a**
570 **oficina sobre controle social e por apresentar o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde.** **4)**
571 **Convite para o XII do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) -**
572 **Data: 26 a 30 de julho – Local: Teresina, Piauí.** **5) Fórum Social Mundial de Saúde – Data: 4 e 5 de julho**
573 **de 2005. Local: Porto Alegre.** **6) A Coordenadora do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores**
574 **da Área da Saúde (FENTAS), Rozângela Fernandes Camapum, informou que encaminhara ofício do**
575 **FENTAS à Secretaria-Executiva do CNS, informando sobre a denúncia dos trabalhadores de saúde do**
576 **Estado do Espírito Santo que sofreram intervenção do prefeito no processo eleitoral para a composição**
577 **do Conselho Municipal de Saúde. Salientou que a lei nº 6.247 era muito clara ao colocar que a eleição**
578 **dos trabalhadores da saúde devia ocorrer em fórum próprio. Além disso, salientou que era preciso**
579 **verificar a indicação do Sr. José Anízio Dias do Valle como representante do CNS na Comissão**
580 **Eleitoral, instituída pelo prefeito, o que era ilegal, já que o mesmo não havia sido referendado pelo**
581 **Plenário do CNS. Diante desse cenário, solicitou que o CNS entrasse em contato com os Conselhos**
582 **Estadual e Municipal para verificar e tentar resolver a situação. A propósito, o Plenário decidiu**
583 **encaminhar ofício à Prefeitura, informando que o Sr. José Anízio Dias do Valle não participava do**
584 **CNS e entrar em contato com os Conselhos Estadual e Municipal para verificar a situação e, caso**
585 **fosse necessário, definir iniciativas para contribuir na solução do impasse.** **7) Informe sobre o**
586 **Projeto de Lei nº 23/03, do Deputado Roberto Gouveia – Conselheiro Carlos Alberto Duarte** informou
587 sobre a aprovação, na Câmara dos Deputados do PL nº 22/03, que dispõe sobre o não patenteamento
588 de medicamentos para AIDS e sugeriu que o Plenário promovesse amplo debate sobre a Lei de
589 Patentes do país, a fim de ser emitido parecer do CNS sobre essa questão. Também enfatizou a
590 necessidade de ser pautada avaliação sobre a participação do CNS no Congresso do CONASEMS.
591 Solicitou, ainda, que fosse feita a degravação da fala do ex-coordenador do CNS, **Nelson Rodrigues**
592 **dos Santos**, na mesa sobre Controle Social e Gestão Participativa, com vistas a ser analisada pelo
593 Plenário do CNS. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** referendou a necessidade de o
594 Plenário analisar também a atuação dos Conselheiros na oficina de Controle Social, realizada no
595 Congresso, pelo CNS. **Indicações: 1) V Conferência Municipal de Saúde de Abaetetuba – Data: 17 e 18**
596 **de junho – Local: Abaetetuba/PA.** Conselheira **Marisa Fúria** foi indicada a participar da Conferência e
597 proferir palestra sobre o tema: “A Sociedade: Responsabilidade Social e Papel no Controle Social”. **2)**
598 **Oficina de Ouvidorias do SUS – Data: 15 a 17 de julho.** A Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** foi
599 indicada a participar da mesa de abertura e a Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** a participar da
600 mesa “Desafios para construção da Política Nacional de Ouvidorias do SUS”. **3) Câmara Técnica de**
601 **Atenção à Saúde Auditiva – Reunião - Data: 14 de junho de 2005.** O CNS foi incluído no GT, sem ser
602 consultado. **O Plenário do CNS decidiu não indicar representante, conforme decisão anterior de**
603 **que não seriam indicados representantes para participar de grupos consultivos, câmaras**
604 **técnicas e outros fóruns afins.** **4) Jornada Científica Integrada – Solicitação de que o CNS patrocine a**
605 **participação da Conselheira Marisa Fúria e de dois profissionais da área de autismo no evento.**
606 Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** perguntou o que justificava o patrocínio do CNS para a participação
607 dos dois profissionais, que não eram Conselheiros do CNS. Conselheira **Marisa Fúria** explicou que os
608 profissionais fariam apresentação sobre o autismo na jornada e, posteriormente, seria apresentado
609 informe ao CNS sobre o evento. Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** perguntou se a CORDE não
610 teria condições de patrocinar a participação dos dois profissionais na jornada. Conselheiro **Clóvis A.**
611 **Bouffleur** salientou que compreendia a importância da realização de evento sobre o autismo, todavia,
612 manifestou preocupação com a possibilidade desse custeio abrir precedente para que outras entidades
613 solicitassem o apoio financeiro do Conselho, o que não seria possível dada a finitude do orçamento do
614 CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** lembrou que o CNS custeava as despesas de Conselheiros
615 que participavam de eventos, representando o CNS, assim, o patrocínio desses profissionais poderia

616 abrir precedente para que outras entidades solicitassem apoio. **Diante dessas considerações, o**
617 **Plenário decidiu que custearia as despesas para a participação da Conselheira Marisa Fúria e**
618 **encaminharia ao Ministério da Saúde a solicitação de custeio para a participação dos dois**
619 **profissionais. Posteriormente, seria apresentado informe ao CNS sobre a Jornada. COMISSÃO**
620 **DE COORDENAÇÃO-GERAL (CCG) –** Prosseguindo, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane**
621 **Aparecida da Cruz,** apresentou o relatório da reunião da Comissão de Coordenação-Geral, realizada
622 no dia 25 de maio de 2005 e destacou, dentre as questões definidas na ocasião, os temas pendentes a
623 serem discutidos pelo Plenário do CNS nos meses de julho e agosto de 2005. Além disso, destacou os
624 encaminhamentos definidos na reunião, sendo eles: **a)** alertar os usuários sobre a urgência de indicação
625 de um nome para substituir o Sr. **Jorge Beloqui** na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
626 (CONEP/CNS); **b)** Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e Política Nacional de
627 Medicina Natural e Práticas Complementares – convocar a Comissão Intersetorial de Vigilância
628 Sanitária e Epidemiologia para debater este tema antes de ser pautado na reunião do CNS. Convidar
629 grupo de trabalho interministerial para participar das discussões na Comissão, incluindo a homeopatia e
630 acupuntura; **c)** Política para População do Campo – antes dessa matéria ser levada para debate no
631 Plenário do CNS, é necessária a criação do Grupo de Trabalho que faça uma avaliação preliminar das
632 propostas; **d)** Política de Transplantes de Fígado – o Conselho Estadual de Saúde de São Paulo tem
633 solicitado um posicionamento do CNS sobre as mudanças de critérios propostas pelo Ministério da
634 Saúde – antes era por lista de espera e agora é por urgência. A CCG sugere a indicação de dois
635 conselheiros que possam reunir-se com a Câmara Técnica do Ministério da Saúde e depois apresentar
636 um relatório para discussão no plenário do CNS. Sugestão: convidar os Conselheiros **Willian Saad** e
637 **Volmir Raimondi;** **e)** Plataforma DhESC Brasil é um projeto internacional sobre violação dos direitos
638 humanos nos países, que terá o acompanhamento da ex-Conselheira **Clair Castilhos.** A CCG irá
639 solicitar desse grupo a metodologia do projeto para elaboração do relatório; **f)** Humanização – perguntar
640 ao Ministério da Saúde se houve alguma modificação na proposta de Humanização apresentada ao
641 Plenário do CNS em 2004; e **g)** A Comissão do Pacto de Mortalidade Materna solicita a indicação de um
642 titular e suplente do CNS para compor a Comissão. Como o plenário deliberou não indicar nomes para
643 compor comissões externas, a CCG decidiu comunicar essa decisão do plenário e solicitar os relatórios
644 da Comissão para avaliação da CISMU. Concluída a apresentação do relatório, os Conselheiros
645 indicaram outros temas pendentes a serem discutidos no CNS e chegou-se a seguinte lista: **1)**
646 **Conselhos de Políticas Públicas e Metas do Milênio; 2)** CIAN/Lei Orgânica de Segurança
647 Alimentar/PBA/SISVAM; **3)** Convite à Frente Parlamentar da Saúde para comparecer ao CNS; **4)** Lei de
648 Consórcios Públicos; **5)** Grupo de Trabalho Saúde do Idoso/Estatuto do Idoso; **6)** Hanseníase (pauta
649 permanente); **7)** Conselho Nacional de Bioética; **8)** QUALISUS; **9)** ANEPS; **10)** Parecer sobre PL nº 131
650 (Criação do SESS/ SENASS); **11)** Comissão Intergestores Tripartite; **12)** Informes da Coordenação
651 Nacional de Plenárias de Conselhos de Saúde; **13)** Seminários Estaduais de DST/AIDS e Controle
652 Social; **14)** Grupo de Trabalho das Águas; **15)** Grupo de Trabalho de Amargosa; **16)** Orçamento de
653 2006; **17)** Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde; **18)** Cadastro Nacional de
654 Conselhos de Saúde; **19)** Radioterapia; **20)** Plano de Carreira, Cargos e Salários – PCCS; **21)** Informes
655 da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher/Política de Saúde da Mulher; **22)** Debate sobre curso de
656 tecnólogo; **23)** Política Nacional de Saneamento Básico; **24)** Projeto de Patentes; **25)** Análise do
657 Congresso do CONASEMS; **26)** Política Nacional de Saúde do Trabalhador/RENAST; e **27)** Saúde
658 Suplementar. **A propósito, foi acordado que a CCG definirá nova dinâmica para as próximas**
659 **reuniões do CNS, na perspectiva de esgotar as pautas pendentes. ITEM 8 – NÚCLEOS**
660 **INTEGRAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE/TRANSIÇÃO DAS EQUIPES DO PSF –** As Conselheiras
661 **Solange Gonçalves Belchior** e **Gyséle Saddi Tannous** assumiram a coordenação dos trabalhos e
662 convidaram o Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José Pereira Solla** e a diretora do
663 Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes,** para compor a mesa e fazer
664 a apresentação da proposta de criação de Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. A diretora
665 do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes,** de início, informou que a
666 proposta de criação de Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família havia sido elaborada, em
667 parceria, pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Secretária de Atenção à Saúde (SAS) e
668 fazia parte de um conjunto de estratégias do Ministério da Saúde para a expansão e qualificação da
669 Atenção Básica. Além disso, ressaltou que a proposta atendia à deliberação da 12ª Conferência
670 Nacional de Saúde, no Eixo temático V – A organização da Atenção à Saúde, item 15, apontando a
671 necessidade de c
672 riar e assegurar incentivos técnicos e financeiros, pelas três esferas de governo, para implantação na
673 Atenção Básica de equipes multiprofissionais de apoio às equipes de Saúde da Família, de acordo com
674 as necessidades locais. Nessa perspectiva, disse que os principais objetivos a serem alcançados a
675 partir da proposta era a qualificação da Atenção Básica com ênfase na estratégia Saúde da Família,
676 ampliando a resolubilidade e integralidade das ações; ampliação do acesso às ações de atividade física,
677 saúde mental, reabilitação, alimentação e nutrição e serviço social; ampliação

678 e implementação de práticas que contribuam para a construção do cuidado em saúde, na perspectiva
679 do autocuidado, promoção da autonomia dos usuários e famílias; e fortalecimento da cidadania.
680 Prosseguindo, destacou que o Núcleo teria por diretrizes a integralidade da atenção; a
681 multiprofissionalidade e a transdisciplinaridade - responsabilização compartilhada; base territorial -
682 vínculo e responsabilização; a promoção da saúde; a humanização da atenção; e a promoção do
683 autocuidado e fortalecimento da cidadania. Disse que a intenção era
684 criar os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família em municípios com 40 mil habitantes ou mais
685 ou, no caso da Amazônia Legal, com 30 mil habitantes ou mais. Acrescentou que o Núcleo abrangeria
686 as áreas de
687 alimentação e nutrição; atividade física; reabilitação; saúde mental; e serviço social. Enfatizou que os
688 profissionais envolvidos na proposta seriam: **a)** Núcleo completo: psicólogo, fisioterapeuta, assistente
689 social, nutricionista e profissional de educação física; **b)**
690 Modalidade saúde mental: psiquiatra ou psicólogo e terapeuta ocupacional e assistente social; **c)**
691 Modalidade reabilitação: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social; **d)**
692 Modalidade alimentação/nutrição e atividade física: nutricionista, profissional de educação física e
693 instrutor de práticas corporais; e **e)** Modalidade atividade física: profissional de educação física e
694 instrutor de práticas corporais. Continuando, falou sobre o processo de
695 implantação, explicando que o município poderia implantar o Núcleo com todas as modalidades ou
696 poderia optar por realizar a implantação das modalidades separadamente, de acordo com as
697 necessidades locais de saúde. Disse que o Núcleo com todas as modalidades seria implantado na
698 Amazônia Legal, com população maior ou igual a trinta mil habitantes e no mínimo sete equipes de
699 Saúde da Família e nas demais regiões do país, em municípios com população maior ou igual a
700 quarenta mil habitantes e no mínimo nove equipes de Saúde da Família. Além disso, explicou que seria
701 possível a implantação dos Núcleos em municípios que ainda não se organizaram pela estratégia
702 Saúde da Família ou que possuíam menos de sete equipes de Saúde da Família, na Amazônia Legal, e
703 menos de nove equipes de Saúde da Família nas demais regiões do país, guardada a proporção de um
704 Núcleo para cada 40 mil habitantes (demais regiões) ou 30 mil habitantes (na Amazônia Legal). Para
705 aderir à proposta, disse que os municípios teriam que elaborar
706 Plano Municipal de Implantação dos Núcleos, a ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e
707 homologado na Comissão Intergestores Bipartite, que seria a responsável por encaminhar a
708 documentação ao Departamento de Atenção Básica/SAS /MS. Continuando, ressaltou que, nesse
709 processo, o Estado teria como atribuição contribuir para a implementação da proposta, apoiando os
710 municípios técnica e financeiramente e realizar o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento das
711 ações dos Núcleos. Já o município seria responsável por elaborar, executar, acompanhar e avaliar a
712 implementação dos Núcleos; garantir recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades;
713 estabelecer estratégias de parceria com os demais setores da sociedade e integrar os Núcleos ao
714 sistema de saúde local. Salientou que as metas eram implementar, até dezembro de 2005, 478 Núcleos
715 com todas as modalidades e, até dezembro de 2006, 960. Em relação aos Núcleos de
716 Alimentação/Nutrição e Atividade Física, disse que a intenção era implementar, até dezembro de 2005,
717 389 e, até dezembro de 2006, 778. Explicou que o valor do incentivo iria variar de acordo com a
718 composição dos núcleos, atendendo às necessidades específicas de cada município. Além disso,
719 enfatizou que o município receberia os seguintes incentivos para implantação dos Núcleos: incentivo por
720 modalidade de ação: R\$ 1.000; e Incentivo por Núcleo com todas as modalidades: R\$ 3.000. Em
721 relação ao custeio, disse que seriam transferidos os seguintes valores para implantação por
722 modalidade, composição mínima de dois profissionais: **a)** reabilitação – R\$ 1.500; **b)** Saúde Mental – R\$
723 1.500; **c)** Alimentação/Nutrição e Atividade Física - R\$ 1.700; **d)** Atividade Física e Saúde - R\$ 1.200; e
724 **e)**
725 implantação do Núcleo com todas as modalidades, equipe mínima de cinco profissionais: R\$ 5.400. Em
726 termos do impacto financeiro, destacou que, para os Núcleos com todas as modalidades, em 2005, o
727 impacto máximo seria de
728 R\$ 24.571.800 e, em 2006, de R\$ 63.654.000, estando esses recursos previstos no Orçamento de
729 2005. Enfatizou que, no caso dos
730 Núcleos de Alimentação/Nutrição e Atividade Física, em 2005, o impacto máximo seria de R\$ 6.340.700
731 e, em 2006, de R\$ 15.871.200. Concluindo, salientou que as experiências dos municípios que já
732 trabalhavam com essas modalidades eram extremamente positivas e serviram de subsídio para
733 elaboração da proposta. O Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José Pereira Solla**,
734 acrescentou que a proposta fora bem aceita pelos representantes das Secretarias Estaduais e
735 Municipais de Saúde que compõem a Comissão Intergestores Tripartite, dada a necessidade de
736 qualificar ainda mais a Atenção Básica. Salientou também que essa proposta fora elaborada a partir de
737 experiências de municípios, buscando criar condições adequadas de operacionalização e atender a
738 grande expectativa de qualificação da Atenção Básica, fortalecendo a estratégia Saúde da Família.
739 Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para manifestações do Plenário sobre o mérito da

742 proposta. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** cumprimentou o Ministério da Saúde pela iniciativa e solicitou
743 maiores esclarecimentos sobre os seguintes aspectos: parâmetros para a implantação dos núcleos
744 (território e número de habitantes); interface da proposta com o Sistema Único de Assistência Social; e
745 diferença entre os Núcleos de Saúde Mental e os CAPS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
746 parabenizou a representação do Ministério da Saúde pela proposta, por entender que dava resposta à
747 Atenção Básica de forma mais ampla e apontava para ação interdisciplinar importante, contribuindo,
748 portanto, para a efetivação do modelo de saúde almejado. Na sua visão, para ter o impacto necessário
749 no atual modelo de atenção do país, a proposta teria que ser uma estratégia definitiva e não um
750 programa e deveria apontar para formalização das relações de trabalho, evitando a precarização e o
751 comprometimento da qualidade dos serviços prestados. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** disse que
752 não era contrária ao mérito da proposta, contudo, tinha preocupação com duas questões, em especial:
753 possibilidade de agravar a precarização da força de trabalho, pois os municípios, por não disporem de
754 profissionais para compor os Núcleos, teriam que realizar contratações sem concurso público; e o fato
755 de não apontar ações para a melhoria da rede instalada de Atenção Básica, para que as unidades
756 servissem, efetivamente, de porta de entrada no Sistema. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** disse que
757 era favorável à proposta, uma vez que visava à qualificação da Atenção Básica. Todavia, ponderou se
758 as estruturas existentes eram suficientes para dar suporte aos serviços a serem oferecidos e solicitou
759 esclarecimentos sobre a forma de contratação dos novos profissionais para atuar nos Núcleos. Além
760 disso, perguntou quantos municípios possuíam Centros de Atendimento à Saúde Mental implantados e
761 em funcionamento. Conselheiro **Helvécio Miranda Magalhães** manifestou o apoio do CONASEMS à
762 proposta, uma vez que visava à qualificação da Atenção Básica, na perspectiva de ampliar a
763 resolubilidade e a integralidade das ações, de acordo com as diretrizes da Estratégia Saúde Família.
764 Explicou que, em Belo Horizonte, já se trabalhava com a proposta de Núcleos Integrais de Atenção à
765 Saúde Mental e de Reabilitação e os resultados eram extremamente positivos. Diante das
766 preocupações do Plenário, sugeriu que fosse pautado debate global no CNS sobre a precarização das
767 relações de trabalho na saúde e o atual modelo de assistência à saúde. Por fim, enfatizou a
768 necessidade de matriz permanente de avaliação da proposta, a fim de verificar os seus impactos.
769 Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** cumprimentou os representantes do Ministério da Saúde pela
770 proposta e solicitou esclarecimentos sobre a diferença de recursos destinados aos Núcleos de
771 Alimentação/Nutrição e Atividade Física (R\$ 1.700) e Atividade Física e Saúde (R\$ 1.200). Conselheira
772 **Rosane Maria Nascimento da Silva** registrou o seu apoio ao mérito da proposta, contudo, manifestou
773 preocupação com a forma que seria feita a contratação dos profissionais de saúde envolvidos, diante da
774 possibilidade de agravamento da precarização das relações de trabalho. Nessa linha, perguntou se
775 havia sido pactuada com os municípios a forma de contratação dos profissionais para atuar nos
776 Núcleos. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** salientou que os Núcleos de Atenção Integral eram
777 necessários já que as equipes do PSF, conforme modelo original, não davam conta de atender às
778 necessidades da população. Todavia, disse que era preciso considerar a capacidade da rede instalada
779 do município de suporte à Atenção Básica e a sua real necessidade no cálculo para definição do
780 número de Núcleos a serem instalados no município ou região. Também defendeu que, para adesão,
781 fosse exigido documento, comprovando que o Conselho Municipal de Saúde debatera e aprovara o
782 Plano Municipal de Implantação dos Núcleos. Por fim, sugeriu que, nos casos dos Núcleos de Saúde
783 Mental e Reabilitação, fosse garantida a possibilidade de o município, a depender da sua condição
784 financeira, optar pelos dois profissionais (psiquiatra e psicólogo) e não delimitar a escolha de um ou
785 outro.

786 Conselheira **Marisa Fúria** chamou a atenção para a necessidade de capacitar os profissionais
787 envolvidos no Núcleo para que pudessem atender especialidades como as crianças portadoras de
788 autismo. Conselheira **Silvia Marques Dantas** registrou que era notável o compromisso do Ministério da
789 Saúde com a melhoria da qualidade da Atenção Básica, todavia, avaliou que era necessário definir
790 proposta estruturante que integrasse as Políticas nessa área, possibilitando o monitoramento e a
791 avaliação do impacto da melhoria da qualidade e da ampliação do acesso da população a esse nível de
792 atenção. Conselheira **Maria Helena Baumgarten** disse que a proposta representava um avanço, mas
793 ponderou que era preciso garantir a qualidade do atendimento aos usuários. Conselheira **Gysélle Saddi**
794 **Tannous** parabenizou o Ministério da Saúde pela iniciativa, já que ia ao encontro do anseio dos
795 usuários pela melhoria da qualidade da Atenção Básica. Além disso, perguntou que tipo de atendimento
796 de reabilitação seria oferecido na Atenção Básica. Concluído esse primeiro bloco de intervenções, foi
797 aberta a palavra para os convidados. A diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra**
798 **Suassuna Fernandes**, inicialmente, agradeceu as contribuições e o apoio dos Conselheiros à proposta.
799 Em relação aos questionamentos, esclareceu que seriam utilizados como critérios para implantação dos
800 Núcleos os dados populacionais e o número de equipes de Saúde da Família no município. Enfatizou
801 que a proposta era parte de um conjunto de estratégias do Ministério da Saúde para expansão e
802 qualificação da Atenção Básica, visando à ampliação da integralidade e da resolubilidade das ações no
803 âmbito da estratégia Saúde da Família, a partir do desenvolvimento de ações de saúde mental,

804 reabilitação, alimentação e nutrição, assistência social e atividade física. Acrescentou que, no caso da
805 modalidade atividade física e saúde, estava contemplada a implementação dessas ações também para
806 municípios que não adotavam a estratégia Saúde da Família. Prosseguindo, disse que os Núcleos de
807 Alimentação/Nutrição e Atividade Física receberiam maior incentivo em relação aos de Atividade Física
808 e Saúde porque contariam com um profissional a mais. Em relação aos CAPS, destacou que, conforme
809 informações do Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge Solla**, havia setecentos implantados em todo o
810 país e, ao discutir a proposta com todas as áreas técnicas do Ministério da Saúde, houve cuidado para
811 articular os Núcleos a esses Centros já existentes. Ressaltou, também, que o ingresso dos
812 trabalhadores envolvidos na proposta se daria mediante concurso, assegurando os direitos trabalhistas
813 e previdenciários previstos na legislação vigente. A propósito, disse que esse ponto seria explicitado no
814 documento, uma vez que consistia em eixo norteador das políticas do Ministério da Saúde. Acatou a
815 sugestão de incluir na proposta que deverá ser incorporado pelo menos um técnico no Núcleo, a fim de
816 não ser excluyente. Explicou que a idéia era trabalhar com profissionais da rede e sua capacidade
817 instalada ou mesmo com a contratualização de novos profissionais. Acrescentou, ainda, que seria
818 destinado financiamento para incentivar e aumentar a capacidade de suporte das redes existentes.
819 Ponderou sobre a possibilidade de o GT de Atenção Básica, instituído com a finalidade de discutir a
820 proposta de transição das equipes do PSF, ser transformado em Comissão para ampliar o debate no
821 Conselho sobre esse nível de atenção. Também informou que as atividades de cada um dos
822 componentes do Núcleo seriam descritas, a fim de serem claramente identificadas. Enfatizou que estava
823 sendo desenvolvida uma série de iniciativas no âmbito do Ministério relativas ao monitoramento e
824 avaliação da Atenção Básica. Nessa linha, sugeriu que fosse reservado espaço na pauta do CNS para
825 ser apresentada avaliação das políticas estratégicas do Ministério da Saúde no que diz respeito à
826 Atenção Básica. Concluindo, agradeceu novamente o apoio do CNS e salientou a importância de ser
827 publicada portaria, a fim de possibilitar a ampliação dos Núcleos no âmbito do SUS. Ainda em relação
828 aos questionamentos do Plenário, o Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José Pereira**
829 **Solla**, enfatizou que essa era uma proposta de política permanente de qualificação e ampliação da
830 resolutividade da Atenção Básica e não um programa vertical ou ação pontual cujas diretrizes gerais
831 poderiam ser adequadas de acordo com a realidade e as condições de gestão de cada município.
832 Enfatizou que o Ministério da Saúde estava definindo uma série de iniciativas visando à redução da
833 precarização do trabalho na área da saúde. Além disso, ressaltou que as políticas de ampliação de
834 postos de trabalho não poderiam ser rejeitadas por receio de precarizar as relações de trabalho,
835 devendo ser oferecido apoio aos municípios na definição de iniciativas voltadas à desprecarização.
836 Lembrou que, desde 2004, o Ministério da Saúde vinha adotando uma série de medidas para melhorar
837 o financiamento da Atenção Básica com o objetivo de garantir condições à ampliação do acesso da
838 população ao primeiro nível do Sistema. A propósito, informou que, atualmente, o Ministério da Saúde
839 repassava a cada município (valor atual do PAB, equipe Saúde da Família e Saúde Bucal) até R\$ 16,67
840 mil por equipe/mês. Além disso, salientou que no Orçamento do Ministério da Saúde /2005 fora alocado
841 o montante de R\$ 5 bilhões para financiamento da Atenção Básica. Salientou que a decisão de aderir à
842 proposta era do município, todavia, haveria ações para estimular a adesão à proposta. A propósito,
843 explicou que, ao implantar três modalidades do Núcleo, separadamente, o município receberia no
844 máximo R\$ 4.700,00, mas se implantasse o conjunto dos Núcleos, receberia R\$ 5.400,00, para induzir a
845 implantação da proposta global. Por fim, ressaltou que essa proposta estava articulada a um conjunto
846 de estratégias do Ministério da Saúde que priorizava a Saúde da Família como estratégia prioritária para
847 ampliação do acesso da população à Atenção Básica. Disse que o Departamento de Atenção Básica
848 estava elaborando documento atualizador e integrador da Política da Atenção Básica no SUS, o qual
849 seria submetido à apreciação do CNS e à discussão na Tripartite. Salientou também que o Ministério da
850 Saúde, por meio do PROESF, estava disponibilizando recursos para fortalecer o papel dos estados no
851 monitoramento e acompanhamento da Atenção Básica. Concluindo, disse que, em breve, seria trazido
852 debate para o CNS sobre a atualização da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador – RENAST, uma
853 vez que a intenção era fazer uma ponte entre os Centros Especializados de Saúde do Trabalhador e a
854 Atenção Básica. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** agradeceu o Secretário de Atenção à Saúde
855 (SAS/MS), **Jorge José Pereira Solla**, e a diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS),
856 **Afra Suassuna Fernandes**, pelos esclarecimentos e destacou que, diante das falas, foi possível
857 identificar que houve consenso sobre os seguintes adendos ao documento: recomendar aos municípios
858 a contratualização dos profissionais mediante concurso público; explicitar a necessidade de cada
859 Núcleo contar, pelo menos, com um técnico; e descrever as atividades de reabilitação a serem
860 oferecidas nos Núcleos. Diante disso, apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: votação do
861 mérito do documento naquele momento, considerando as sugestões de acréscimo supracitadas e
862 apreciação do texto final, na próxima reunião do CNS, com os adendos supracitados. Conselheiro
863 **Francisco Batista Júnior** defendeu que o combate à precarização fosse uma ação fundamental e
864 estratégica do CNS e, nesse sentido, propôs que a contratação dos profissionais por concurso público
865 fosse um critério para definição do convênio e repasse do financiamento federal ao município. O

866 Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José Pereira Solla**, argumentou que a proposição
867 feita pelo Conselheiro **Francisco Batista Júnior** não estava relacionada, em si, à proposta de criação
868 dos Núcleos. Disse que, para ser coerente, a proposta do Conselheiro deveria propor que o governo
869 federal não repassasse recurso, destinado ao financiamento da saúde, para os municípios que não
870 tivessem todos os trabalhadores contratados por concurso público. Salientou que o ambiente hospitalar
871 era o que apresentava o maior nível de precarização do trabalho e, diante disso, o Ministério da Saúde
872 vinha lutando para acabar com o chamado “Código 7”. Enfatizou que o Ministério da Saúde, entendendo
873 ser fundamental induzir a despreciação do trabalho, estava implementando uma série de ações para
874 alcançar esse objetivo. Contudo, a população não poderia ser penalizada com a suspensão de repasse
875 de recursos para estados e municípios que possuíam profissionais não concursados. Destacou, ainda,
876 que deveria ser pautado debate no CNS sobre precarização do trabalho e vínculo público com
877 concursos, que consistiam em duas questões distintas. Feitas essas considerações, defendeu que o
878 Plenário aprovasse a proposta nos moldes apresentados, recomendando aos municípios a contratação
879 de profissionais providos em concurso público para atuar nos Núcleos. Conselheiro **Francisco Batista**
880 **Júnior** disse que o Plenário não poderia ser incoerente e exigir do Governo Federal o fim imediato da
881 terceirização, desconsiderando a lógica estabelecida, o momento histórico e a correlação de forças.
882 Mas, por outro lado, o CNS não poderia manifestar apoio a propostas que, no seu entendimento,
883 agravariam a precarização. Em face dessas considerações, defendeu a sua proposição de que não
884 houvesse repasse de recurso federal a municípios que contratassem os profissionais para atuar nos
885 Núcleos, senão por concurso público. O Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José Pereira**
886 **Solla**, defendeu que o Plenário apreciasse o mérito da proposta e que, na próxima reunião do CNS,
887 houvesse debate global sobre os repasses federais a municípios e estados que não tinham
888 desprecariado o trabalho em saúde. Reiterou que, para ser coerente, o Plenário teria que discutir a
889 suspensão, pelo Ministério da Saúde, de todos os repasses de recursos federais aos municípios que
890 não acabaram com a despreciação, dada a complexidade de não aprovar uma política de ampliação
891 dos postos de trabalho e do acesso da população à Atenção Básica, caso os profissionais envolvidos
892 não fossem concursados. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** destacou que, primeiramente, o
893 Plenário teria que decidir se iria manifestar-se sobre a proposta naquele momento e, em seguida,
894 deliberar pela inclusão dos adendos sob os quais houve consenso; ou pela incorporação da proposta
895 apresentada pelo Conselheiro **Francisco Batista Júnior**. A partir daí seria possível concluir o texto final
896 do documento, a ser submetido à homologação do Plenário. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury**
897 enfatizou que não era possível discutir a proposta sem tratar do tema da precarização do trabalho, já
898 que a criação dos Núcleos pressupunha a contratação de profissionais, havendo, portanto, o risco de
899 agravar a precarização. Diante disso, propôs que a proposta apresentada pelo Conselheiro **Francisco**
900 **Batista Júnior** fosse colocada em votação. O Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José P.**
901 **Solla**, enfatizou que o cerne da polêmica referia-se a idéia de que o Programa Saúde da Família era o
902 responsável pela precarização do trabalho na saúde, o que, no seu entendimento, não procedia, já que
903 havia municípios com toda a força de trabalho em saúde precarizada, apesar de não possuírem equipes
904 de Saúde da Família. Reiterou o compromisso de, juntamente com toda a equipe do Ministério, definir
905 pauta de debate no CNS sobre a despreciação, de forma a avaliar os resultados das ações
906 implementadas pelo Ministério da Saúde até aquele momento para combater a precarização e definir
907 novas alternativas nesse sentido. Concluindo, defendeu a aprovação da proposta, a fim de não
908 prejudicar a ampliação dos postos de trabalhos na Atenção Básica e a discussão global sobre a
909 precarização. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** considerou que não era possível e viável
910 esgotar a polêmica sobre a contratação dos profissionais naquele momento. Assim, submeteu à
911 apreciação do Plenário a seguinte proposta de encaminhamento: acatar, a princípio, o mérito da
912 proposta, com as alterações dos Conselheiros; e definir grupo, composto por representantes do CNS e
913 do governo, para aprofundar o debate sobre a forma de contratação dos profissionais envolvidos,
914 visando à definição de proposta de consenso sobre essa matéria. Conselheiro **Francisco Batista**
915 **Júnior** acatou a proposta da mesa, sem prejuízo da proposta de promover debate no CNS, com a
916 equipe do Ministério da Saúde, sobre o repasse de recursos federais a serviços terceirizados.
917 Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** solicitou que a proposta de constituição dos Núcleos fosse colocada
918 em votação, uma vez que os Conselheiros manifestaram apoio ao seu mérito, apesar da polêmica a
919 respeito da contratação dos profissionais. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
920 lembrou que o Plenário, na Reunião Ordinária de março de 2005, deliberou por manifestar posição
921 contrária do CNS à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde,
922 assim como da administração gerenciada de ações e serviços e estabeleceu o prazo de doze meses, a
923 partir do mês de março de 2005, para que os órgãos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)
924 adotassem medidas para o cumprimento desta determinação. Nessa ótica, defendeu que fosse
925 promovido debate global no CNS sobre a precarização, com a participação da Mesa de Negociação do
926 SUS, de forma a abordar a questão do repasse de recurso federal a municípios e estados e a relação de
927 trabalho dos mesmos com os trabalhadores da saúde. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto**

928 salientou que havia um tempo político para implementar as Políticas e, nessa lógica, disse que o
929 Plenário deveria definir se essa era uma política importante e deveria ser implementada. Enfatizou que o
930 adiamento do debate dessa matéria não apontaria solução para resolver o conflito sobre a precarização.
931 Nessa linha, defendeu que a proposta de criação dos Núcleos fosse submetida à votação. Conselheiro
932 **Helvécio Miranda Magalhães** defendeu que a proposta fosse colocada em votação nos moldes
933 apresentados, considerando os adendos dos Conselheiros, com exceção da proposta apresentada pelo
934 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, já que o Ministério da Saúde não poderia constranger nenhum
935 dos Entes Federativos a utilizar determinada modalidade de contratação. Conselheiro **Francisco**
936 **Batista Júnior** solicitou que a proposta fosse colocada em votação e independente da sua aprovação,
937 defendeu que fosse pautado debate no CNS sobre todos os processos de terceirização. Conselheira
938 **Gilca Ribeiro S. Diniz** propôs que a proposta fosse colocada em votação com o adendo de que, no
939 período de até um ano, houvesse a despreciação da relação de trabalho dos profissionais
940 envolvidos. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** destacou que havia duas possibilidades de
941 encaminhamento: aprovar o mérito da proposta de criação dos Núcleos de Atenção Básica, com os
942 adendos não contestados, destacando o ponto relativo ao modo de contratação dos profissionais a ser
943 deliberado na próxima reunião; ou votar a proposta na próxima reunião. Após consultar o Plenário,
944 colocou em votação o seguinte encaminhamento: **aprovar o mérito da proposta de criação dos**
945 **Núcleos de Atenção Básica, com os adendos não contestados e destacar a questão do modo de**
946 **contratação dos profissionais sob a qual não foi possível chegar a consenso, constituindo**
947 **comissão para elaborar proposta nesse sentido. O texto final, contemplando as sugestões dos**
948 **Conselheiros e a proposta sobre o modo de contratação dos profissionais, independente de**
949 **haver consenso ou não, seria submetido à homologação do Plenário na próxima reunião do CNS.**
950 **O encaminhamento foi aprovado com 28 votos favoráveis, dois votos contrários e uma**
951 **abstenção.** Prosseguindo, foi retomada a discussão da proposta de transição das equipes do Programa
952 Saúde da Família. De início, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, integrante do GT de Atenção
953 Básica, fez um breve relato sobre as atividades do Grupo que foi constituído para discutir a proposta de
954 transição das equipes do Programa Saúde da Família. Informou que o GT reuniu-se por três vezes e
955 aprofundou o debate sobre a proposta de transição e o PSF como um todo, todavia, não conseguiu
956 chegar a consenso. Disse que, na visão dos Conselheiros, a proposta traria prejuízos para o modelo de
957 saúde, comprometendo ainda mais o atendimento na rede básica. Diante da falta de consenso,
958 ressaltou que o GT decidiu trazer a matéria para ser debatida no Plenário do CNS. Conselheiro **Geraldo**
959 **Adão Santos**, integrante do GT, salientou que as maiores preocupações do grupo eram: possibilidade
960 de a proposta desagregar as unidades básicas de saúde; dificuldade de se definir o responsável por
961 chefiar a equipe; possibilidade de a busca ativa reforçar a idéia de que “o SUS é para os pobres”;
962 trabalho das equipes com as populações mais favorecidas; e necessidade de definir metas a serem
963 alcançadas e critérios para avaliar o impacto da proposta. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** lembrou
964 que a matéria já havia sido objeto de discussão no Plenário do CNS em duas reuniões do CNS e havia
965 sido constituído grupo para aprofundar o seu debate, visando à otimização do trabalho do Conselho.
966 Diante da falta de consenso do GT sobre a matéria, solicitou que a proposta fosse colocada, de
967 imediato, em votação. Antes de submeter a proposta à votação, fora garantida a palavra para os
968 inscitos. A diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**,
969 avaliou que o trabalho do Grupo fora extremamente rico, já que possibilitou importantes avanços no
970 entendimento dos questionamentos dos Conselheiros e do Ministério da Saúde em relação à proposta.
971 Além disso, informou que, na última reunião do GT, o CONASEMS manifestou-se favorável à proposta e
972 à pactuação feita no âmbito da tripartite acerca da proposta de criação de Núcleos de Atenção Básica.
973 Conselheiro **Helvécio Miranda Magalhães** explicou que, em todo país, estavam sendo discutidas
974 alternativas para defender o eixo do Programa Saúde da Família e seus princípios como a grande
975 Estratégia da Atenção Básica. Nessa ótica, disse que o CONASEMS apoiava a proposta, já que
976 possibilitaria aos municípios ampliar o acesso da população, com qualidade, à Atenção Básica.
977 Conselheiro **Eni Carajá Filho** registrou que o CNS não estava negligenciando a estratégia Saúde da
978 Família, mas entendia que era preciso rever pontos da proposta de transição das equipes do PSF, a
979 exemplo do modelo de financiamento. O Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José Pereira**
980 **Solla**, ressaltou que o debate das políticas era fundamental, já que possibilitava a adequação das
981 mesmas às necessidades do SUS e, por si só, contribuía para a viabilização das iniciativas. Reiterou
982 que as principais políticas implementadas pela atual gestão do Ministério da Saúde foram objeto de
983 aprovação na 12ª Conferência Nacional de Saúde, de pactuação com os gestores estaduais e
984 municipais na CIT e de aprovação no CNS. Em relação à proposta de transição das equipes do PSF,
985 lembrou que foi aprovada na Tripartite em meados de 2004 e havia vários questionamentos, por parte
986 dos municípios, sobre os motivos da demora de sua implementação. Todavia, disse compreender que
987 as políticas tinham um tempo político para serem construídas e aquelas mais novas mereciam maior
988 aprofundamento. Diante das considerações dos Conselheiros, propôs que fosse pautado debate sobre a
989 política de financiamento, já que as políticas do Ministério da Saúde implementadas em implementação

990 visaram fugir do pagamento por produção. Explicou, por exemplo, que o repasse de recursos para a
991 Atenção Básica não era mais feito por produção, mas sim, por financiamento global, de acordo com as
992 necessidades daquele local. Além disso, disse que discordava da idéia de que a delimitação por porte
993 de municípios contribuía para uma política de exclusão. No seu entendimento, a delimitação de porte de
994 municípios ou de perfis hospitalares não excluía a população, mas possibilitaria dar um tratamento
995 diferenciado aos diferentes. Ressaltou que o Ministério da Saúde vinha buscando identificar as
996 particularidades dos municípios para oferecer tratamento diferenciado, de acordo com a realidade *loco*
997 regional. Lembrou que a proposta surgiu a partir da crítica de que o processo de expansão do Programa
998 Saúde da Família não conseguia dar conta da demanda, em determinados municípios, por conta da
999 existência de uma rede tradicional, com profissionais contratados e da necessidade de incorporar os
1000 profissionais da rede, que eram concursados e faziam parte do quadro efetivo. Diante disso, foi
1001 elaborada a proposta de transição para absorver os médicos concursados do quadro efetivo dos
1002 municípios que possuíam carga horária de 20 horas, que não poderiam ou não podiam assumir a carga
1003 de 40 horas, avançado para que a rede tradicional tivesse território definido, população adstrita, criação
1004 de vínculos e responsabilização, ou seja, adequar a rede básica às diretrizes do Programa Saúde da
1005 Família. Fechou destacando que o objetivo dessa proposta não era criar modalidade permanente, mas
1006 sim pontual para responder a uma crítica formulada. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** ressaltou
1007 que o trabalho da Comissão foi muito profícuo já que foi possível aprofundar o debate de vários pontos
1008 não discutidos no Conselho. Também salientou que o Ministério da Saúde, na gestão do Presidente
1009 **Lula**, havia implementado e estava implementando várias propostas que contribuíram para o
1010 fortalecimento do SUS, a exemplo da proposta do pacto de gestão do SUS. Afirmou que era defensor do
1011 PSF, mas considerava que o Programa possuía graves problemas que poderiam ser agravados com a
1012 proposta de transição. Nessa ótica, reiterou a necessidade de debater o PSF em sua plenitude,
1013 avaliando o seu impacto epidemiológico antes de aprovar a proposta de transição que iria retirar o
1014 profissional que atuava na rede básica, atendendo à demanda reprimida. Após essas intervenções,
1015 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** consultou o Plenário se a proposta de transição das equipes
1016 do PSF poderia ser colocada em votação, conforme proposto pelo Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**,
1017 entendendo que já havia sido objeto de amplo debate no CNS. **Não havendo posições contrárias,**
1018 **colocou em votação a proposta de transição das equipes do PSF. Com dezesseis votos**
1019 **contrários, sete votos favoráveis e seis abstenções, o CNS manifestou-se desfavorável à**
1020 **proposta.**

1021 **ITEM 9 – APRESENTAÇÃO, APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO DA**
1022 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA** – Os Conselheiros **Francisco Batista Júnior** e
1023 **Ary Paliano** assumiram a coordenação dos trabalhos e definiram a dinâmica para apreciação da
1024 proposta de Regimento Interno da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. De início, Conselheiro
1025 **Francisco Batista Júnior** informou que a Comissão constituída para discutir a proposta reuniu-se no
1026 dia 24 de maio de 2005 e, com a contribuição de representantes indígenas, fez alterações no texto
1027 original. Conselheiro **Ary Paliano** registrou a presença de representantes indígenas que participariam
1028 do debate sobre o Regimento Interno da Conferência e solicitou autorização para o pronunciamento do
1029 representante dos Conselhos Distritais Indígenas, **Hilário da Silva**, antes de iniciar o debate da
1030 proposta de Regimento. Com a anuência do Plenário, o representante dos Conselhos Distritais
1031 Indígenas, **Hilário da Silva**, fez uso da palavra para, de início, ressaltar o avanço no que se refere à
1032 participação dos povos indígenas no Controle Social e agradecer o CNS pela oportunidade dada aos
1033 representantes indígenas de participar da elaboração da proposta de Regimento Interno da 4ª
1034 Conferência Nacional de Saúde Indígena e pelo reconhecimento das particularidades dos Distritos
1035 Sanitários Especiais Indígenas. Contudo, disse que era preciso avançar na participação dos
1036 representantes indígenas nos Conselhos Municipais de Saúde e, nessa linha, chamou a atenção para a
1037 importância de garantir a presença dos gestores nas Conferências Distritais e Nacional. Por fim,
1038 agradeceu o CNS novamente pela importância que tem dado às questões indígenas, considerando as
1039 particularidades dessa população. Em seguida, Conselheiro **Ary Paliano** apresentou as alterações no
1040 Regimento feitas pela Comissão, a fim de serem apreciadas e votadas pelo Plenário. A princípio,
1041 apresentou a nova proposta de redação ao artigo 1º. **Não havendo posições contrárias,** Conselheiro
1042 **Francisco Batista Júnior colocou em votação a proposta de redação, que foi aprovada, por**
1043 **unanimidade, nos seguintes termos: “A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, convocada**
1044 **pela Portaria Ministerial nº 963, de 23 de junho de 2005, publicada no DOU nº 120, de 24 de junho**
1045 **de 2005, é parte integrante da 12ª Conferência Nacional de Saúde e terá por finalidade avaliar a**
1046 **situação de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs, e do Subsistema**
1047 **Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme a Lei 9.836/99, que complementa a Lei**
1048 **Orgânica da Saúde, e propor diretrizes e ações para promover a saúde dos povos indígenas com**
1049 **controle social.”** Sobre o artigo 2º, que dispõe sobre a realização da Conferência, Conselheiro **Ary**
1050 **Paliano** disse que o Plenário teria que se manifestar sobre a proposta de calendário, sendo: Etapa
1051 Local – até 30 de outubro de 2005; Etapa Distrital – 5 de dezembro de 2005 até fevereiro de 2006; e

1052 Etapa Nacional – de 28 a 31 de março de 2006. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum**
1053 defendeu a proposta de calendário discutida na última reunião do CNS, sendo: encerramento da etapa
1054 local - 30 de outubro de 2005; etapa distrital - 1º de novembro a 5 de dezembro de 2005; e etapa
1055 nacional - 28 a 31 de março. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** destacou que, seguindo a proposta de
1056 calendário apresentada pela Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum**, não haveria tempo hábil
1057 para concluir e distribuir o relatório das Conferências Locais. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
1058 explicou que a Comissão decidiu deixar maior intervalo entre as etapas local (até 30 de outubro de
1059 2005) e distrital (5 de dezembro de 2005), a fim de garantir que houvesse tempo para a consolidação
1060 dos relatórios das Conferências Locais e envio para as Conferências Distritais. Conselheiro **Luiz**
1061 **Augusto A. Martins**, considerando as preocupações levantadas, propôs que a etapa distrital fosse
1062 realizada de 1º de dezembro de 2005 a 30 de janeiro de 2006. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** sugeriu
1063 que, seguindo a metodologia utilizada para as outras Conferências da área da saúde, fossem definidas
1064 apenas as datas limites para a realização das etapas da Conferência. A propósito da etapa distrital,
1065 propôs que fosse realizada até 31 de dezembro de 2005, já que, normalmente, os Distritos Sanitários,
1066 responsáveis por custear as Conferências Distritais, não tinham recursos disponíveis nos meses de
1067 janeiro e fevereiro, por conta de contingenciamento orçamentário. O representante dos Conselhos
1068 Distritais Indígenas, **Hilário da Silva**, disse que a proposta apresentada pelo Conselheiro **Clóvis A.**
1069 **Boufleur** contemplava as preocupações dos povos indígenas. **Diante disso, Conselheiro Francisco**
1070 **Batista Júnior colocou em votação a seguinte proposta de calendário para a realização da**
1071 **Conferência: Etapa Local – até 30 de outubro de 2005; Etapa Distrital – até 31 de dezembro de**
1072 **2005; e Etapa Nacional – de 28 a 31 de março de 2006. A proposta foi aprovada por unanimidade.**
1073 Prosseguindo, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** submeteu à apreciação do Plenário nova
1074 proposta de redação ao inciso I, § 3º, artigo 2º, nos seguintes termos: “Na etapa distrital só poderão
1075 participar os delegados usuários indicados nas Conferências Locais e os Delegados representantes do
1076 segmento de trabalhadores, gestores e prestadores de serviços em saúde indicados pelos Conselhos
1077 Distritais de Saúde Indígena, observando que.” Os representantes indígenas ponderaram que a etapa
1078 local iria eleger delegados para a etapa distrital. Diante disso, Conselheiro **Ary Paliano** explicou que na
1079 etapa local seriam indicados delegados, participantes de comunidades indígenas, para participar da
1080 eleição na etapa distrital. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** manifestou preocupação com o
1081 fato de a proposta de Regimento não possibilitar a participação dos Conselhos de Saúde nas etapas da
1082 Conferência, já que somente os representantes das comunidades indígenas participariam da etapa local
1083 onde seriam eleitos os delegados para a etapa distrital. Diante disso, sugeriu que fosse definido
1084 mecanismo para garantir a participação de representantes dos Conselhos de Saúde, principalmente na
1085 etapa distrital. O representante dos Conselhos Distritais Indígenas, **Hilário da Silva**, explicou que
1086 gestores não indígenas seriam convidados a participar das etapas locais, todavia, eles enfrentariam
1087 dificuldades já que nas Conferências utilizava-se a língua local e era difícil disponibilizar tradutores para
1088 participar das mesmas. Além disso, esclareceu que nas etapas distritais era prevista a participação de
1089 representantes dos usuários, dos gestores e dos trabalhadores da saúde. Conselheiro **Eni Carajá Filho**
1090 enfatizou que os participantes das Conferências Distritais e da Nacional teriam que ter conhecimento
1091 mínimo sobre os debates ocorridos nas Conferências Locais. Nesse sentido, disse que era preciso
1092 envolver os Conselhos Municipais de Saúde próximos à localidade onde seria realizada a Conferência
1093 Local nessa etapa. Conselheiro **Ary Paliano** disse que os povos indígenas não tinham a intenção de
1094 cercear a participação de pessoas não indígenas na Conferência Local, mas entendiam que esses
1095 participantes teriam dificuldade de acompanhar os debates que seriam feitos na língua local.
1096 Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** solicitou aparte para perguntar se era impossível garantir
1097 tradutores nas Conferências Locais, a fim de possibilitar a participação de pessoas que não eram da
1098 comunidade local. Conselheiro **Ary Paliano** ressaltou que a presença de tradutores poderia prejudicar
1099 os debates locais, pois os povos indígenas não se sentiam à vontade para tratar sobre determinados
1100 assuntos na presença de estranhos. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** manifestou
1101 concordância com a definição de que as Conferências Locais indicariam os delegados usuários para as
1102 Conferências Distritais, contudo, defendeu que os Conselhos Estaduais de Saúde, relacionados pelo
1103 Conselho Distrital, indicassem os delegados representantes do segmento de trabalhadores, gestores e
1104 prestadores de serviço para a etapa distrital, garantindo que 50% dos delegados representantes desses
1105 segmentos fossem trabalhadores dos Distritos Indígenas. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane**
1106 **Aparecida da Cruz**, solicitou à Comissão, responsável pela elaboração do Regimento, que prestasse
1107 esclarecimentos sobre a forma de escolha dos delegados no segmento de trabalhadores, gestores e
1108 prestadores de serviço de saúde para participar da etapa distrital. Atendendo à solicitação da
1109 Secretária-Executiva do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** esclareceu que a Comissão
1110 considerou que deveriam participar da Conferência Distrital os usuários indígenas do SUS, já que os
1111 não indígenas não teriam autoridade para debater a situação do atendimento do SUS prestado aos
1112 indígenas e os trabalhadores e gestores envolvidos diretamente com as localidades onde existiam
1113 comunidades indígenas. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** disse que, havendo consenso sobre essa

definição, o Plenário teria que definir se, dentre os representantes trabalhadores e gestores, seria garantida a participação de representantes desses segmentos que não estavam diretamente ligados ao trabalho com a saúde indígena. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** solicitou Questão de Ordem para destacar que o texto do Regimento não estava coerente com o que havia sido explicado pelo Conselheiro **Francisco Batista Júnior**. Diante dessa consideração, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** pediu que as intervenções fossem no sentido de dar coerência ao texto, conforme o entendimento da Comissão. Conselheiro **Júlio Strubing M. Neto** ressaltou que o modelo da Conferência de Saúde Indígena deveria ser diferente daquele das demais Conferências da Saúde, dada a necessidade de se considerar a especificidade do Sistema de Saúde Indígena, que consistia em um subsistema do SUS. Considerou que a maior polêmica a ser enfrentada referia-se à representação na etapa distrital e, a propósito, sugeriu que nessa etapa houvesse representantes de gestores das três esferas de governo – Ministério da Saúde; CONASS e CONASEMS; gestão estadual; e gestão municipal (representantes dos municípios abrangidos pela área do Distrito Sanitário). Quanto aos trabalhadores, defendeu que fosse garantida a participação dos trabalhadores ligados à saúde indígena e dos trabalhadores do Conselho Estadual de Saúde. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** sugeriu que cada Distrito Sanitário elaborasse lista das entidades dos Conselhos que poderiam indicar delegados (gestores, trabalhadores e prestadores de serviços) para a Conferência Distrital. Disse que os delegados usuários deveriam ser 100% indígenas e os delegados trabalhadores deveriam ser aqueles que tinham relação com a FUNASA ou com o município e/ou estado que tivessem referência em saúde indígena. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que o § 1º, do artigo 16, definia claramente a representação dos usuários, dos trabalhadores da saúde e dos representantes do governo e dos prestadores de serviço na Conferência nas etapas distrital e nacional. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou a seguinte Questão de Ordem: definir o formato da Conferência, considerando as peculiaridades do Subsistema de Saúde Indígena, a fim de dar continuidade à discussão da proposta de Regimento. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** disse que o dissenso não se referia ao formato de organização da Conferência, mas à forma de indicação dos profissionais da saúde e gestores e prestadores de serviços para a etapa distrital. Nessa linha, ressaltou que o Plenário teria que optar por uma das duas propostas: **a)** os Conselhos Distritais de Saúde Indígena seriam responsáveis por publicar no Diário Oficial a lista das entidades de cada segmento (original); e **b)** os Conselhos Estaduais de Saúde, envolvidos com os Distritos Sanitários Indígenas, seriam responsáveis por indicar os delegados representantes dos segmentos dos trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços, garantindo que 50% dessas vagas fossem destinadas a trabalhadores da saúde e gestores que trabalham nos Distritos Sanitários. Diante dessas considerações, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou se havia consenso sobre a lógica considerada pela Comissão no que se refere aos participantes das etapas distrital e nacional da Conferência: usuários indígenas e trabalhadores da saúde e gestores envolvidos diretamente com as localidades onde existiam comunidades indígenas. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** discordou desse entendimento por considerar que limitaria a Conferência aos trabalhadores e os gestores da FUNASA, evitando-se a participação de todos os atores da saúde nas etapas distritais e nacional. Em face disso, defendeu que fosse garantida a participação, pelo menos, do Conselho Estadual de Saúde nessas etapas, a fim de garantir que esse tema fosse pauta dos estados e municípios e que houvesse um comprometimento orçamentário dessas esferas para financiar a saúde indígena. Em face dessa intervenção, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** reiterou o entendimento da Comissão de que fosse garantida a participação dos trabalhadores da saúde e gestores envolvidos diretamente com as localidades onde existiam comunidades indígenas, cabendo ao Plenário definir como isso seria feito. **Após considerações, houve consenso sobre os seguintes pontos a respeito da composição da delegação para a etapa distrital: os delegados usuários seriam indígenas; e os trabalhadores da saúde e gestores seriam escolhidos nos estados e municípios que tivessem envolvimento com comunidades indígenas.** Diante desse consenso, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que era preciso definir a forma de escolha das delegações. A propósito, Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** reapresentou a proposta de delegar aos Distritos Sanitários a elaboração de lista, indicando as entidades, os municípios e os estados que poderiam indicar delegados (gestores, trabalhadores e prestadores de serviços) para a Conferência Distrital. Conselheira **Silvia Marques Dantas** sugeriu que, no caso dos trabalhadores indígenas, a escolha dos delegados fosse feita por eleição. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** retomou a proposta de delegar aos Conselhos Estaduais de Saúde, envolvidos com os Distritos Sanitários Indígenas, a tarefa de indicar os delegados representantes dos segmentos dos trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços, garantindo que 50% dessas vagas fossem destinadas a trabalhadores da saúde e gestores que trabalhavam nos Distritos Sanitários Indígenas. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** defendeu que os Conselhos Estaduais de Saúde relacionados pelo Conselho Distrital indicassem os nomes de 50% dos delegados para a Conferência Distrital no segmento de trabalhadores, gestores e prestadores de serviço de saúde, conforme o número de delegados previstos em cada Conferência Distrital e que o

1176 Conselho Distrital indicasse os outros 50%. **Considerando as propostas do Plenário, Conselheiro**
1177 **Francisco Batista Júnior** perguntou se havia consenso sobre a seguinte forma de indicação dos
1178 **delegados para a etapa distrital: os usuários, obrigatoriamente indígenas, seriam indicados pelos**
1179 **Conselhos Locais; e 50% dos delegados no segmento de trabalhadores, gestores e prestadores**
1180 **de serviço de saúde seriam indicados pelos Conselhos Distritais e os outros 50% desses**
1181 **delegados, pelos Conselhos Estaduais envolvidos na etapa distrital. Não havendo manifestações**
1182 **contrárias, colocou em votação essa proposta de indicação dos delegados para a etapa distrital.**
1183 **A proposta foi aprovada por unanimidade.** Prosseguindo, foi aberta discussão sobre o § 2º, artigo 4º,
1184 que propõe a discussão de cada eixo temático nas Mesas-Redondas, na Plenária Final e nas Plenárias
1185 Temáticas, ao invés de Grupos de Trabalho, já que propiciaria maior participação das representações
1186 indígenas que tinham dificuldades de se expressar perante um número grande de pessoas. Conselheiro
1187 **Clóvis A. Bouffleur** propôs que, ao invés de dez grupos de trabalho, fossem realizadas dez Plenárias
1188 Temáticas, sendo cada tema discutido por duas Plenárias, tendo cada uma dessas, aproximadamente,
1189 95 participantes. **Não havendo posições contrárias, o Plenário aprovou, por unanimidade, a**
1190 **proposta de realizar dez Plenárias, sendo cada tema discutido por duas Plenárias.** Continuando,
1191 foi aberto o debate sobre a proposta de redação da letra b, § 3º, artigo 4º, que propõe a inclusão do
1192 termo “diferenciada”, sendo: “a equidade e o direito de cidadania, assim como as demais diretrizes
1193 constitucionais da universalidade, da integralidade, da participação social e da descentralização
1194 diferenciada.” Conselheiro **Ary Paliano** explicou que a intenção era explicitar com clareza, a
1195 necessidade de o processo de descentralização considerar a especificidade da Saúde Indígena.
1196 Conselheiro **Eni Carajá Filho** propôs que o termo “diferenciada” fosse substituído por “descentralização
1197 específica do Subsistema de Saúde Indígena.” Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu a
1198 supressão do termo “diferenciada”, deixando claro a necessidade de se discutir a descentralização e
1199 municipalização do SUS. **O Plenário aprovou, por unanimidade, a supressão do termo**
1200 **“diferenciada”.** Continuando, foi aberta a palavra para considerações sobre a nova redação ao § 4º, do
1201 artigo 4º, entendendo-se “Plenárias Temáticas” onde se lê “Grupos de Trabalho”. Conselheira
1202 **Rozângela Fernandes Camapum** propôs que, no § 2º, fosse explicitado que a composição das mesas-
1203 redondas, das Plenárias Temáticas e da Plenária Final seguiria a paridade da Resolução nº 333/03. Em
1204 relação ao inciso II, § 4º, sugeriu que a Comissão Organizadora indicasse o coordenador e o relator de
1205 cada Plenária Temática. No inciso III, sugeriu que, ao invés de mais relator para cada Plenária
1206 Temática, a Comissão Organizadora indicasse mais cinco relatores, totalizando seis, a fim de auxiliar na
1207 produção de cada Plenária. Em relação ao inciso VI, disse a Plenária Final não compreenderia a
1208 votação do relatório, mas a sua apresentação, já que seriam votadas apenas as proposta que
1209 obtivessem menos de 70% dos votos nas Plenárias Temáticas. Conselheira **Solange Gonçalves**
1210 **Belchior** sugeriu que, no inciso I, fosse incluída a expressão “paritária” após “que se garanta a presença
1211 equitativa”. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** destacou o inciso IV para propor que houvesse trinta
1212 relatores de síntese, sendo três para cada Plenária, com a tarefa de elaborar o relatório correspondente
1213 a cada eixo temático. Também ratificou as propostas das Conselheiras **Rozângela Fernandes**
1214 **Camapum** e **Solange Gonçalves Belchior**. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**
1215 **Cruz**, considerando que cada tema seria discutido por duas Plenárias Temáticas, disse que era preciso
1216 esclarecer o encaminhamento a ser dado no caso de uma mesma proposta ser aprovada em uma
1217 Plenária e não ser aprovada na outra. No inciso III, § 4º, Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu a
1218 supressão do trecho “e um ou mais facilitadores”, o que não impediria a indicação de facilitadores, por
1219 parte da Comissão Organizadora, caso fosse necessário. Conselheira **Rozângela Fernandes**
1220 **Camapum** destacou novamente o inciso VI para propor a supressão do trecho “aprovação do relatório”,
1221 ao invés de substituí-lo por “apresentação do relatório”. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**
1222 defendeu, conforme proposto anteriormente, a substituição do trecho “aprovação do relatório” por
1223 “apresentação do relatório”. Sobre os relatores de síntese, propôs que não houvesse mais de dez para
1224 cada Plenária Temática. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** explicou que a proposta era trinta relatores de
1225 Plenárias Temáticas e dez relatores de síntese para elaborar o relatório correspondente a cada eixo
1226 temático. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** sugeriu que cada Plenária Temática tivesse
1227 seis relatores para condensar as propostas do grupo e dois relatores de síntese. Conselheiro
1228 **Francisco Batista Júnior** apresentou as propostas de alteração apresentadas ao artigo 4º e, após
1229 ajustes, foram aprovadas, por unanimidade, as seguintes propostas de redação: 1) § 2º - “Cada
1230 Eixo Temático será discutido nas Mesas Redondas, Plenárias Temáticas e na Plenária Final,
1231 garantindo, na sua composição, a paridade da Resolução nº 333/03.”; 2) § 3º - letra “b” - “a
1232 equidade e o direito de cidadania, assim como as demais diretrizes constitucionais da
1233 universalidade, da integralidade, da participação social e da descentralização”; 3) § 4º: a) *caput* -
1234 “Com o objetivo de propiciar a participação ampla e democrática de todos os segmentos
1235 representados na Conferência e a obtenção de um produto final que realmente possa servir de
1236 orientação para o Subsistema de Saúde Indígena nos anos subseqüentes, as Mesas-Redondas
1237 serão seguidas de Plenárias Temáticas, sendo que”; b) inciso I - “Os Eixos Temáticos serão

discutidos em dez plenárias temáticas, duas plenárias para cada eixo temático, compostos por, aproximadamente, 95 participantes, de forma tal que se garanta a presença equitativa e paritária dos delegados dos Distritos”; c) Inciso II – “A Comissão Organizadora indicará a composição da mesa de cada Plenária Temática de forma paritária, definindo entre os seus integrantes, um coordenador e um relator”; d) Inciso III – “Além do coordenador e relator referidos no inciso anterior, a Comissão Organizadora indicará seis relatores para cada Plenária Temática”; e) Inciso IV – “Haverá vinte relatores de síntese encarregados de elaborar o relatório de cada eixo temático, sob a orientação da relatoria geral e adjunta”; f) Inciso VI - a Plenária Final compreenderá a votação das propostas que não obtiveram, pelo menos, 70% dos votos nas Plenárias Temáticas, incluindo as que não obtiveram 70% nas duas plenárias de cada Eixo Temático, apresentação do relatório e aprovação das moções apresentadas pelos delegados, segundo o Regulamento, respeitando-se a decisão de cada Plenária Temática. Será feita revisão, no sentido de tornar a redação mais clara.” Continuando, foi submetida à apreciação do Plenário a nova proposta de redação ao § 5º, artigo 4º. A Secretária-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz, propôs, em consonância com os Regimentos das outras Conferências Temáticas, a substituição do trecho “e pela Comissão Intersectorial de Saúde Indígena – CISI/CNS ” por “com apoio da Comissão Intersectorial de Saúde Indígena – CISI/CNS”. Conselheiro Eni Carajá Filho sugeriu a supressão do trecho “de caráter propositivo”. Considerando essas sugestões, Conselheiro Francisco Batista Júnior colocou em votação a seguinte proposta de redação ao § 5º: “O Documento-Base será elaborado pela Comissão Organizadora com apoio da Comissão Intersectorial de Saúde Indígena - CISI, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde com base nos cinco eixos temáticos da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e deverá ter como subsídio as proposições das Conferências Nacionais de Saúde Indígena e das propostas relativas à saúde indígena da 12ª Conferência Nacional de Saúde, além de aspectos da conjuntura da atual política, considerando o programa e as propostas do atual governo referentes à saúde indígena.” A proposta foi aprovada por unanimidade. Prosseguindo, foi submetida à apreciação do Plenário a nova proposta de redação ao artigo 5º. Conselheiro Clóvis A. Bouffleur indicou a necessidade de substituir o termo “Grupos de Trabalho” por “Plenárias Temáticas” no caput do artigo, bem como em todo o texto. Conselheiro Eni Carajá Filho propôs a supressão do inciso II, por entender que poderia prejudicar a participação dos delegados nas Plenárias Temáticas e nos Painéis. Não havendo posições contrárias, o Plenário aprovou a supressão do inciso II. Na sequência, Conselheiro Clóvis A. Bouffleur destacou o § 1º, do artigo 9º, para apresentar a proposta dos representantes indígenas de ampliar o número de componentes da Comissão Organizadora de dezesseis para vinte e contemplar, na representação dos usuários nessa Comissão, seis representantes dos Conselhos Distritais Indígenas, dois Conselheiros Indígenas do CNS e dois usuários não indígenas do Conselho Nacional de Saúde. O Plenário ratificou a proposta e definiu que seria elaborado novo parágrafo para contemplá-la. Continuando, Conselheira Solange Gonçalves Belchior destacou o § 4º, do artigo 9º, para ressaltar que toda e qualquer Comissão da Conferência teria que ser aprovada pelo Plenário do CNS e contar, no segmento dos usuários, com representantes da população indígena e a indicação não poderia ser externa ao CNS. Conselheira Rozângela Fernandes Camapum sugeriu que fosse explicitada a necessidade de garantir a participação de representantes indígenas, representando o segmento dos usuários, nas Comissões da Conferência. Conselheiro Eni Carajá Filho disse que essa preocupação estava contemplada no § 3º, do artigo 8º, e, nesse sentido, sugeriu a supressão do § 4º. Conselheiro Clóvis A. Bouffleur defendeu a manutenção do § 4º, com o adendo apresentado pela Conselheira Rozângela Fernandes Camapum, por entender que fortaleceria a participação indígena. Conselheiro Eni Carajá Filho retirou a sua proposta. Conselheira Solange Gonçalves Belchior disse que era favorável à participação de representantes indígenas, representando o segmento dos usuários, nas Comissões, mas defendeu que a indicação dos nomes não fosse externa ao CNS. Diante dessas considerações, Conselheiro Francisco Batista Júnior apresentou a seguinte proposta de consenso para o § 4º, artigo 9º: todas as Comissões deverão contar com representantes indígenas no segmento dos usuários. Não havendo posições contrárias, a proposta de redação foi aprovada por unanimidade. Prosseguindo, foi aberta palavra para considerações sobre o artigo 16. Conselheira Rozângela Fernandes Camapum destacou o caput do artigo 16 para propor a supressão do trecho “que atuam em áreas indígenas”, já que participariam da Conferência os profissionais de saúde que atuavam ou não em áreas indígenas. Houve consenso sobre a proposta. Na sequência, Conselheiro Francisco Batista Júnior apresentou nova redação ao § 1º nos seguintes termos: “Nos termos do § 4º, do Art. 1º, da Lei 8142/90, e Resolução 333/2003, do CNS, a representação dos segmentos, nas etapas distrital e nacional, da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena será de 50% de usuários, 25% dos trabalhadores da saúde e 25% de representantes do governo e prestadores de serviços de saúde.” Não havendo destaques, a proposta foi acatada. Em relação ao artigo 17, Conselheira Rozângela Fernandes Camapum solicitou que no Parágrafo Único fosse incluído o trecho “de forma paritária”. Houve consenso sobre a proposta. Continuando, Conselheiro Francisco Batista Júnior submeteu à

1300 apreciação do Plenário a proposta de redação do inciso I, artigo 18: “Delegados eleitos nas
1301 Conferências Distritais, proporcionalmente ao tamanho da população e composição étnica em cada
1302 Distrito Sanitário Especial Indígena, com um mínimo de oito delegados, distribuído paritariamente
1303 segundo tabela anexa. A representatividade em termos de diversidade cultural deve ser considerada
1304 nas Conferências Distritais.” Considerando a solicitação dos representantes indígenas presentes à
1305 reunião, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** colocou em votação a proposta de supressão do trecho
1306 “composição étnica”. **A proposta foi aprovada.** Conselheiro **Eni Carajá Filho** propôs a supressão do
1307 trecho “A representatividade em termos de diversidade cultural deve ser considerada nas Conferências
1308 Distritais.” **Não havendo posições contrárias, a proposta foi acatada.** Continuando, Conselheiro
1309 **Francisco Batista Júnior** submeteu à apreciação do Plenário a proposta de redação para o inciso III,
1310 artigo 18: “Delegados indicados pelo Conselho Nacional de Saúde, entre os quais os membros da
1311 Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, em cada um dos segmentos, estarão incorporadas as
1312 entidades dos membros titulares da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena.” Conselheiro **Eni Carajá**
1313 **Filho**, seguindo a lógica das Conferências anteriores, propôs a supressão do inciso III. Conselheiro
1314 **Clóvis A. Bouffleur** explicou que a intenção era garantir que entre os delegados indicados, em cada um
1315 dos segmentos, fossem incorporadas as entidades dos membros titulares da CISI/CNS. **A propósito,**
1316 **houve consenso sobre a proposta de redação ao inciso III, apresentada pela Conselheira**
1317 **Rozângela Fernandes Camapum: “Delegados indicados, de forma paritária, pelo Conselho**
1318 **Nacional de Saúde.”** Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** destacou e propôs a supressão do §
1319 1º, do artigo 18: “Serão eleitos, no mínimo, 50% de Delegados trabalhadores indígenas no segmento de
1320 trabalhadores.” Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** defendeu a manutenção desse
1321 parágrafo. Não havendo consenso, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** colocou em votação as duas
1322 propostas: **a) manutenção do § 1º; ou 2) supressão do § 1º. Por maioria, foi aprovada a manutenção**
1323 **do § 1º.** Continuando, Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** destacou os §§ 1º e 2º, do artigo
1324 21, para propor que o credenciamento dos delegados titulares fosse realizado no dia 27 de março de
1325 2006, das 8 às 22 horas e no dia 28 de março de 2006, das 8 às 18 horas; e que o credenciamento dos
1326 delegados suplentes, em substituição ao delegados titulares, fosse realizado no dia 28 de março de
1327 2006, das 18 horas às 22 horas. **A proposta foi acatada. Na sequência, Conselheiro Francisco**
1328 **Batista Júnior submeteu à apreciação do Plenário a proposta de redação do inciso II, artigo 22:**
1329 **“As despesas com o deslocamento dos Delegados Distritais dos seus Distritos de origem até**
1330 **Brasília serão de responsabilidade da Coordenação Regional da FUNASA e respectiva chefia de**
1331 **Distrito Sanitário Especial Indígena.” Houve consenso sobre a proposta.** Sobre o Anexo I, que
1332 dispõe sobre os delegados por Distrito Sanitário Especial Indígena, disse a Conferência contaria com
1333 792 eleitos nas Conferências Distritais e 158 indicados e não convidados, totalizando 950 participantes.
1334 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** ponderou se o número de 158 de delegados “indicados”
1335 garantiria a paridade. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** explicou que o total de 158 delegados
1336 correspondia a 20% de 792, com adequação. **Sobre essa questão, foi acatada a proposta do**
1337 **Conselheiro Francisco Batista Júnior de fazer ajuste para garantir a paridade.** Prosseguindo,
1338 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** destacou o anexo II, da Programação da Conferência, para
1339 propor a substituição do termo “Recursos Humanos Indígenas e não-Indígenas em Saúde” por
1340 “trabalhadores da Saúde Indígenas e não Indígenas.” **Acatada a proposta, o eixo IV “Recursos**
1341 **Humanos Indígenas e não-Indígenas em Saúde” passou a chamar-se “Trabalhadores da Saúde**
1342 **Indígenas e não Indígenas.”** Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** explicou que era preciso retificar a
1343 programação da Conferência, já que as Plenárias Temáticas, no período da tarde do dia 30 de março de
1344 2006, seriam realizadas das 15 às 18 horas e a Plenária Final, no período da tarde do dia 31 de março
1345 de 2006, seria realizada das 15 às 18 horas. **A proposta foi acatada.** Com a anuência do Plenário,
1346 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** colocou em votação a proposta Regimento. **A proposta de**
1347 **Regimento, considerando as sugestões de alteração apresentadas ao texto, foi aprovada por**
1348 **unanimidade.** Antes de encerrar os trabalhos do primeiro dia de reunião, Conselheiro **Francisco**
1349 **Batista Júnior** informou que haviam sido distribuídas, para conhecimento do Plenário, cópias dos
1350 Projetos de Lei nºs 4.698/04, de autoria do Deputado **Ivan Paixão**, que dispõe sobre a inclusão do
1351 Poder Judiciário na composição do CNS e 4.332/04, de autoria do Deputado **Adelor Vieira**, em
1352 tramitação na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, que institui o
1353 “Tíquete Saúde” em todo território nacional. Disse que no dia seguinte seria apresentada proposta de
1354 resolução do CNS a respeito dos referidos Projetos. Feito esse informe, encerrou os trabalhos do
1355 primeiro dia de reunião. **ITEM 10 – PACTO DE GESTÃO/ANTEPROJETO DE LEI DE**
1356 **RESPONSABILIDADE SANITÁRIA –** Conselheiro **André Bonifácio**, do Departamento de Apoio à
1357 Descentralização (DAD/MS), com o auxílio da Secretária-Executiva do CNS, **Elaine Aparecida da Cruz**,
1358 assumiu a coordenação dos trabalhos e, de imediato, passou a palavra ao Ministro de Estado da Saúde,
1359 **Humberto Sérgio Costa Lima**, para apresentação da proposta do novo Pacto de Gestão do SUS –
1360 “Garantindo saúde para todos”. O Ministro de Estado da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, dirigiu-
1361 se ao Plenário nos seguintes termos: “Inicialmente, bom dia a todos e todas. Eu gostaria de registrar a

1362 nossa satisfação pela realização de mais uma reunião do Conselho Nacional de Saúde onde temas da
1363 maior relevância foram e estão sendo objetos de discussão. Antes de tratar especificamente no tema do
1364 Pacto de Gestão e da Lei de Responsabilidade Sanitária, gostaria de expressar a minha posição acerca
1365 da proposta de transição das equipes do PSF, tema que ontem foi objeto de discussão do Conselho.
1366 Considero que foi uma decisão equivocada do Conselho Nacional de Saúde. Hoje, nós temos
1367 problemas gravíssimos no nosso país no que diz respeito ao tema do acesso aos serviços de saúde.
1368 Quase 1.800 municípios do Brasil não possuem médicos e muitos deles não têm nenhum tipo de
1369 profissional da saúde. Todas as estratégias adotadas pelo Ministério têm tido como eixo de
1370 preocupação importante a ampliação do acesso, a extensão dos serviços de saúde à população
1371 brasileira. É óbvio que os números que estão aí são robustos, mas, nem sempre, quando nós vamos até
1372 a ponta – e muitos aqui sabem bem melhor que eu – esses números não se materializam como estão
1373 colocados no papel. O fato é que a situação de dificuldade de acesso é muito grande e muitos
1374 municípios, embora com boa vontade para construir a possibilidade de acesso aos serviços de saúde,
1375 não conseguem fazê-lo por várias razões – limitações da Lei de Responsabilidade Fiscal, que é um
1376 fator, inclusive, que termina por fortalecer o processo de precarização do estabelecimento das relações
1377 de trabalho, particularmente, no Programa de Saúde da Família - não conseguem porque há carência
1378 de profissionais, não conseguem porque muitos deles têm que suportar na sua rede os novos e os
1379 antigos profissionais. Ou seja, quando se faz a mudança de modelo, quando sai do modelo de Atenção
1380 Básica tradicional, que historicamente se mostrou, do ponto de vista dos resultados, inadequado,
1381 fragmentado e sem capacidade de oferecer atenção integral, os municípios ficam com os profissionais
1382 que realizavam anteriormente o trabalho da Atenção Básica, normalmente, ginecologistas, cirurgiões,
1383 sem um papel para esses profissionais. Quando nós elaboramos a proposta das equipes de transição
1384 era exatamente para conseguir, naqueles municípios onde há dificuldades de se conseguir até mesmo
1385 um profissional médico especialista em saúde da família, onde nós pudéssemos, por um processo
1386 temporário, inclusive, dar um financiamento diferenciado para uma equipe que trabalhasse a partir dos
1387 princípios do Programa de Saúde da Família, com adscrição de clientela, com territorialidade, com ação
1388 integral e pudéssemos dar o tempo necessário para a devida recapacitação desses profissionais ou, até
1389 mesmo, para serem criadas as condições para contratação de profissionais de Saúde da Família. Essa
1390 decisão do CNS, sem dúvida, vai causar grande prejuízo para o processo de ampliação do acesso como
1391 nós imaginávamos. Não podemos, de forma nenhuma, concordar com a visão de que estamos
1392 querendo ampliar o processo de precarização. Ao contrário disso, boa parte desses profissionais já
1393 possui vínculo e os incentivos que daríamos serviriam para viabilizar formas legais e institucionais de
1394 complementação salarial ou que o município utilizasse da melhor forma possível. Não podemos aceitar
1395 a visão de que seria um processo de ampliação da precarização, porque, ao contrário disso, desde o
1396 primeiro dia que nós assumimos o Ministério da Saúde, uma das nossas preocupações principais tem
1397 sido exatamente a de criar as condições de relações trabalhistas, previdenciárias previstas em Lei, com
1398 garantia dos direitos e perspectiva de contratação direta. Nós estamos concluindo uma proposta que
1399 vamos implementar, talvez a partir de novembro, para estimular a contratação direta dos agentes
1400 comunitários de saúde. Vamos dar um incentivo para os municípios que fizerem a contratação direta
1401 com seleção pública, pagando o correspondente às obrigações trabalhistas e previdenciárias desses
1402 agentes comunitários. Portanto, nada autorizaria quem quer que seja a imaginar que fosse política do
1403 Ministério da Saúde ampliar a precarização. Mas, de toda sorte, nós é que temos que nos penitenciar
1404 porque esse é um assunto que deveria ter sido tratado na esfera da ação administrativa, que é uma
1405 atribuição específica da gestão ministerial. É óbvio que poderia ter sido objeto de apresentação ao
1406 Conselho, mas, no meu ponto de vista, na minha avaliação, não deveria ter sido objeto de deliberação.
1407 Mas, não foi feito assim. Nós temos que lamentar o que aconteceu e certamente, em outros pontos de
1408 discussão, nós vamos estabelecer uma clara distinção entre o que é papel do Controle Social e o que é
1409 papel da gestão e vamos discutir outras alternativas por meio das quais possamos ampliar o processo
1410 de garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Inclusive, agora no mês de julho, nós
1411 vamos implementar a nossa proposta de Serviço Civil, por intermédio do Bolsa-Trabalho, Residência
1412 Multiprofissional, mas vamos discutir como viabilizar para esses setores, hoje desassistidos, estratégias
1413 para que isso deixe de acontecer. A estratégia da Saúde da Família não é uma definição desse
1414 Ministério. É uma decisão inclusive de Conferências Nacionais de Saúde que foram realizadas e o
1415 Ministério não vai mudar essa estratégia. Os seus resultados são evidentes, são públicos. Nos próximos
1416 dias, nós vamos apresentar estudo que mostram a capacidade de resolução do PSF, os resultados que
1417 ele tem demonstrado. Portanto, se há algum tipo de concepção que acredite que vamos reverter essa
1418 estratégia para o modelo tradicional e ineficiente de Atenção Básica que existia, gostaria de dizer que,
1419 pelo menos enquanto eu for Ministro da Saúde, com certeza isso não vai acontecer. Mas vamos cumprir
1420 a decisão que foi tomada pelo Conselho Nacional de Saúde e estabelecer claramente o que é assunto
1421 de gestão ministerial e o que é assunto do Controle Social. Mas hoje, o que nós gostaríamos de
1422 apresentar é a proposta de um Novo Pacto de Gestão para o SUS - Garantia de Saúde para todos. O
1423 que motivou o Ministério da Saúde a buscar a construção de um novo pacto de gestão? Em primeiro

1424 lugar, o fato de que a saúde foi a política pública, política social, que mais avançou em termos de
1425 descentralização e controle social. Nós, ao longo desses últimos anos, promovemos um processo amplo
1426 de municipalização, principalmente da prestação dos serviços da atenção à saúde de um modo geral a
1427 diversas áreas. No entanto, apesar do processo de descentralização, criou-se uma região de sombra
1428 onde a responsabilidade clara do estado, do município e do governo federal não ficam exatamente
1429 definidas e absolutamente claras até para efeito do controle social que a população deve realizar.
1430 Exemplos são os mais diversos possíveis. Agora mesmo, nesse episódio do Rio de Janeiro, não só o
1431 episódio em si, onde o município tentava jogar para a responsabilidade do governo federal questões que
1432 eram da sua alçada, como a própria decisão do Supremo que terminou por gerar uma ambigüidade no
1433 que é essa relação entre os diversos níveis de atenção e o Sistema, passando a ser considerado não
1434 um Sistema Único, mas um sistema fragmentado, dizendo: “esses hospitais são seus, esses aqui são
1435 meus. A minha responsabilidade é pelos meus e não pelos seus.” Então, existe a necessidade de nós,
1436 de fato, estabelecermos as responsabilidades dos três Entes da Federação. Segundo, a dificuldade da
1437 maioria dos municípios em garantir a atenção integral aos seus munícipes, seja por dificuldades de
1438 ordem financeira, seja por dificuldades de ordem de gestão, de capacitação técnica de profissionais,
1439 seja por outros tipos de motivação. Então, essa dificuldade nós consideramos relevantes. Terceiro, a
1440 necessidade de rever os instrumentos de planejamento e programação: qual o papel do Plano de
1441 Saúde, qual o papel do relatório de gestão, PPI. Nós sabemos que hoje os Planos de Saúde são uma
1442 mera formalidade, às vezes, feitos até em série por empresas de consultoria, que não guarda uma
1443 relação com a realidade sanitária do município. Assim, nós queremos que esse papel seja modificado,
1444 que o Plano de Saúde seja uma referência de fato para a política de saúde que vai ser implementada,
1445 os relatórios de gestão, que terminam por transformar-se em um conjunto de números que são
1446 informados, em termos de números de procedimentos, mas são quase uma documentação fria do que
1447 foi feito, sem, inclusive, uma definição clara. É preciso verificar se aqueles procedimentos realizados e
1448 todas aquelas produções resultaram concretamente em mudança dos indicadores de saúde. Também
1449 há necessidade de fortalecermos o controle social, fazermos com que os Conselhos, as Conferências
1450 possam, de fato, ter as suas posições respeitadas, os Conselhos possam ser autônomos e os gestores
1451 tenham o compromisso efetivo de implementar as definições e deliberações. Premissas do Pacto de
1452 Gestão do SUS. Quais são as premissas para a elaboração desse Pacto? Primeiro, coerência com a
1453 legislação vigente, respeito à Constituição, à Lei Orgânica da Saúde, a lei que definiu o processo de
1454 descentralização, a Emenda Constitucional nº 29, respeito à dimensão sistêmica do SUS, sua
1455 complexidade e seus modos de integração e regulação. Ou seja, não adianta elaborar um pacto que
1456 não esteja fundamentado e baseado na realidade concreta que nós temos no SUS, inclusive, nas suas
1457 diferenças de ordem regional, de financiamento. Respeito à diversidade do país, sua complexidade
1458 geográfica e social, ou seja, a política de saúde para uma região como a Amazônica precisa ter
1459 peculiaridades, características diferentes da que se elabora para a Região Sul. Respeito à construção
1460 democrática e participativa do SUS, fortalecimento do controle social, da participação; compromisso
1461 com o processo permanente de negociações, mediações e pactos decisórios entre os gestores, ou seja,
1462 garantir que tudo seja objeto de discussão entre as três esferas de governo e a construção de
1463 consensos; salvaguarda das iniciativas consideradas positivas para a organização do SUS, ou seja,
1464 respeitar também ações que foram desenvolvidas em termos de melhoria da gestão, em termos de
1465 gestão do Sistema como um todo e que devem ser respeitadas e preservadas. A idéia não é preparar
1466 um pacote ao qual todos os municípios precisam adaptar-se. O novo pacto deverá, então, em primeiro
1467 lugar, agregar todos os pactos existentes. Nós temos o Pacto da Atenção Básica, a PPI, de
1468 Epidemiologias e Controle de Doenças, o Pacto da Vigilância Sanitária, o Pacto da Mortalidade Materna
1469 e a idéia é que o Pacto de Gestão contenha todos esses pactos em si próprio. Segundo, refletir as
1470 diferenças *loco* regionais e de porte dos municípios, ou seja, o que vai ser definido como meta, tarefa,
1471 responsabilidade, precisa levar em conta essas características que vão desde o tamanho do município
1472 até as diferenças dentro de uma mesma região ou de regiões diferenciadas. Instituir mecanismos de
1473 planejamento, avaliação e co-gestão regional, com fóruns de controle social e definição de metas e
1474 indicadores de acompanhamento de todas as esferas de governo. Ou seja, é impossível pensar o
1475 Sistema Único de Saúde, sem levar em conta a realidade regional. Hoje nós temos dois municípios
1476 muito próximos que oferecem, em duplicidade, serviços de saúde à população que poderiam, diante de
1477 uma articulação regional, não ter esse desperdício e, ao mesmo tempo, nenhum dos dois tem serviços
1478 que são essenciais. Então, a idéia de uma regionalização, uma articulação que permita um melhor
1479 planejamento, inclusive, um processo de acompanhamento do que está sendo feito por intermédio de
1480 uma gestão que se faça com a participação de todos os atores regionais e o ator estadual, além do
1481 fortalecimento do controle social, já que nós precisamos para cada uma dessas instâncias que vão ser
1482 geradas ou para os acordos que vão ser feitos. Um componente de controle da população sobre as
1483 metas, os indicadores que serão utilizados para esse processo de avaliação e controle e aí nós
1484 definiríamos metas e indicadores para esse acompanhamento, então, reduzir a mortalidade infantil,
1485 eliminar a hanseníase, reduzir a tuberculose, reduzir a mortalidade materna, reduzir a dengue, essas

1486 metas seriam acompanhadas para avaliação do seu cumprimento. Instituir um novo processo de
1487 financiamento, com repasse Fundo a Fundo, por blocos, agregando o máximo possível os repasses
1488 feitos de forma fragmentada, mas de uma maneira tal que nós não venhamos a adotar uma política
1489 simplesmente de repassar o recurso sem determinadas obrigações, sem determinadas vinculações,
1490 mas reduzir a quantidade, vamos assim dizer, de caixinhas para o repasse dos recursos que termina por
1491 reduzir a autonomia do gestor municipal ou do gestor estadual na aplicação dos recursos. Explicitar o
1492 financiamento tripartite do sistema, deixando claro que a tarefa de financiamento é uma tarefa
1493 compartilhada entre os três níveis, pelo governo federal, pelos governos estaduais e pelos municípios.
1494 Redefinir os atuais instrumentos de programação e avaliação coerentes com a lógica do novo pacto.
1495 Então, a idéia é que o que nós utilizamos hoje para estabelecer programação e avaliação se adaptem a
1496 esse novo modelo em que nós vamos trabalhar com um conjunto de indicadores e com metas a serem
1497 obtidas por municípios, estados e o governo federal. Revalorizar a função de coordenação técnica entre
1498 os gestores como estratégia de apoio e qualificação da gestão descentralizada. Então, transformar a
1499 cooperação técnica em algo efetivo que se faça de forma planejada, que seja permanente e que seja
1500 parte dessa estratégia para o fortalecimento da gestão descentralizada. Criar um mecanismo de
1501 valorização dos resultados a partir das metas acordadas, assim, quem cumpriu com as suas metas deve
1502 ter reconhecimento de várias formas, inclusive, financiamentos ou incentivos diferenciados para a
1503 continuidade do compromisso ali manifestado. Como esse pacto vai se estabelecer? Ele se estabelece
1504 dentro do marco jurídico constitucional do SUS, a Constituição, a Lei Orgânica da Saúde, a Lei que trata
1505 da descentralização e do controle social e nós queremos que se transforme em lei de responsabilidade
1506 sanitária. Esse pacto se construiria a partir dos Planos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e
1507 esses passariam a ser coisas efetivas, assim, quando os municípios escrevessem no seu Plano
1508 Municipal o compromisso de reduzir a mortalidade infantil, eles teriam que quantificar. Isso precisa ser
1509 uma definição que possa ser cobrada inclusive do ponto de vista legal e da mesma forma o governo
1510 federal com o Plano Nacional e os governos estaduais com os Planos Estaduais. Então, a idéia é
1511 transformar o Plano Municipal, Estadual e Nacional em algo que seja uma referência efetiva para a
1512 gestão. A partir desses Planos se estabelece o pacto pela saúde, com a indicação das prioridades, com
1513 a definição das metas, com os indicadores que vão ser utilizados e a partir daí se faz o pacto de gestão
1514 do SUS, que vai envolver não só quais as metas, mas como atingi-las, a gestão de como se possa
1515 chegar aos resultados. Essa é uma construção tripartite, envolve os três Entes da Federação. Esse é
1516 um processo em construção desde 2004, a partir de quatro compromissos básicos que estabelecemos
1517 conjuntamente: qualificação do acesso da população à assistência integral do SUS, então, enfrentar o
1518 problema de ampliação do acesso e garantir que esse acesso se faça com qualidade - eliminação das
1519 filas, redução do tempo para o atendimento, para a realização das cirurgias eletivas, humanização no
1520 atendimento, enfrentamento dos gargalos, a visão de atenção integral, que vai desde a promoção à
1521 saúde até as ações de recuperação e que desde a atenção básica até o atendimento de alta
1522 complexidade; a qualificação da gestão do SUS, ou seja, criar os instrumentos, os mecanismos para
1523 que os gestores possam racionalizar a sua intervenção, ter poder de planejamento, ter capacidade de
1524 controle e avaliação; responsabilidade coletiva por resultados sanitários, a redução da mortalidade
1525 infantil em um município brasileiro deve ser uma ação articulada, coordenada e deve ser uma
1526 responsabilidade do município que vai executar a ação, do estado que vai ajudar a organizar a ação na
1527 região e vai financiar...*interrupção...* Ações em espaços onde essa troca possa se dar e essa
1528 cooperação se efetivar. Do ponto de vista do Plano Nacional de Saúde, em que ele está baseado e
1529 como nós pretendemos estabelecer esses sete componentes importantes do Pacto de Gestão. Plano
1530 Nacional de Saúde. Trabalhou-se com quatro grandes linhas: redução das desigualdades em saúde; a
1531 mpliação do acesso com qualificação e humanização da atenção; redução de riscos e agravos; e
1532 aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social. A
1533 partir daí estabelecemos compromissos sanitários e responsabilidades e compromissos de gestão em
1534 torno de sete eixos: responsabilidade sanitária; regionalização; planejamento, programação e avaliação;
1535 regulação e normalização do sistema; trabalho em saúde e educação permanente; financiamento; e
1536 participação social e controle público. Então, o Pacto de Gestão é o resultado das discussões da
1537 Comissão Intergestores Tripartite de maio e seria firmado um compromisso assumido pelos gestores
1538 das três esferas do governo, visando qualificar a gestão do Sistema Único de Saúde, em razão de seus
1539 princípios e diretrizes, seriam estabelecidos os compromissos sanitários, as metas que se procuram
1540 obter, os compromissos de gestão, como isso vai ser feito, a definição dos indicadores com as
1541 respectivas metas. A partir daí se estabelece o termo de compromisso que vai envolver os três Entes da
1542 Federação. Esse termo de compromisso seria algo que passaria a ter uma personalidade jurídica, seria
1543 um componente legal, os nossos pactos deixariam de ter essa informalidade - se cumprir está bom, se
1544 não cumprir está bom do mesmo jeito - o Termo de Compromisso do Pacto de Gestão teria força de lei,
1545 prevista na Lei de Responsabilidade Sanitária, sobre a qual eu vou falar daqui a pouco. No Termo de
1546 Compromisso seria feita a formalização dos indicadores, das metas, dos prazos, da vigência do termo e
1547 da responsabilidade de cada um com relação ao seu cumprimento. Esse Termo de Compromisso será

1548 monitorado pelo sistema de monitoramento, avaliação e controle da gestão do SUS, que nós já tivemos
1549 a oportunidade de aqui apresentar, que vamos lançar nos próximos dias, pouco depois da apresentação
1550 do texto da Lei de Responsabilidade Sanitária. Nós vamos acompanhar, por meio desse sistema, o
1551 cumprimento do Termo de Compromisso. Vamos trabalhar os eixos em torno dos quais já há consenso
1552 entre os estados, os municípios e o governo federal. Primeiro, da responsabilidade sanitária, o
1553 compromisso de formular as políticas com base nas necessidades, buscando superar as iniquidades, as
1554 desigualdades negativas, vamos dizer assim. Os gestores das três esferas são responsáveis
1555 solidariamente pela integralidade da atenção à saúde da população, questões como essa do Rio de
1556 Janeiro, por exemplo, vão deixar de ser composta por áreas cinzentas; todo município é responsável
1557 pela pactuação e referência da atenção que ocorre fora do seu território em cooperação com o estado e
1558 os demais municípios envolvidos no âmbito regional, estadual. Ou seja, o município precisa
1559 responsabilizar-se não apenas pelo o que ele presta diretamente, mas por tudo que a sua população
1560 tem acesso, então, articular-se com os demais municípios para garantir a referência e a contra-
1561 referência, o acesso de todos aos serviços de forma solidária é parte da responsabilidade sanitária que
1562 o município tem. O município deve assumir a gerência de toda a rede de atenção básica, ou seja, não
1563 faz sentido, nos níveis de descentralização que já vivemos no SUS, que a tarefa de prestação de
1564 atenção básica seja feita pelo ente estadual ou pelo governo federal. Além da gestão da unidade de seu
1565 território, aí nós não estamos falando de gerência especificamente, mas da gestão das unidades do seu
1566 território, o gestor federal apoiará o gestor estadual e esse o município para que assuma a suas
1567 competências de gestor pleno da atenção à saúde. Então, não se trata apenas de dizer o filho é teu; nós
1568 vamos ajudar a embalar e criar as condições para que ele possa crescer sadio, em condições de se
1569 assumir plenamente como indivíduo e cumprir esse papel. Regionalização cooperativa: garantir o direito
1570 à saúde, corrigindo as desigualdades sociais, territoriais e promover a equidade - esse é um grande
1571 papel de coordenação que o estado deve ter - promover essa regionalização de forma cooperativa,
1572 promover a integralidade da atenção. Então, dentro desse processo de regionalização, todos aqueles
1573 que vão compor aquela região precisarão ter a garantia de acesso integral aos serviços de saúde, se
1574 não é no município "A", vai ser no "B", se não é no "B", vai ser no "C" e todos vão contribuir para esse
1575 processo. Racionalizar os gastos e otimizar os recursos. A partir daí vai ser possível eliminar serviços
1576 desnecessários, criar serviços que são necessários, partilhar financiamento, discutir problemas de
1577 gestão e flexibilidade da gestão, de contratação de pessoal, potencializar o processo de
1578 descentralização e firmar compromisso com a regionalização das Comissões Bipartite e Tripartite. No
1579 processo de regionalização, nós teríamos a gestão municipal fortalecida, uma região de saúde solidária
1580 e uma regional que seria coordenada pela Secretaria Estadual que também garantiria cooperação
1581 técnica e financeira pelo Ministério da Saúde, que cooperaria técnica e financeiramente. Segundo, ainda
1582 na regionalização cooperativa: instituição de mecanismos de organização regional; seria criado um
1583 Colegiado de Gestão Regional, que seria um espaço de decisão política e de definição das prioridades
1584 regionais. Esse Colegiado seria formado pelos Secretários Municipais dos diversos municípios e pela
1585 representação do gestor estadual, da Secretaria Estadual. Ele poderia ter câmaras técnicas, provisórias
1586 ou permanente e elaboraria também um Plano Regional de Saúde, além do Plano Municipal, do Plano
1587 Estadual, do Plano Nacional. Esse processo de regionalização seria acompanhado de um Plano
1588 Regional. Programação Assistencial e Orçamentação - PPI, Plano Regional de Investimento e a
1589 instituição de fóruns ou plenárias regionais de participação e controle social - também a idéia de que o
1590 controle social aconteça de forma regionalizada. Terceiro componente: financiamento. O horizonte da
1591 proposta de alteração no financiamento é construir um processo de alocação que seja mais equitativo,
1592 ou seja, que considere as diferenças regionais, as variáveis sócio-epidemiológicas, enfim, que nós
1593 possamos trabalhar reduzindo as desigualdades. Ainda no financiamento, propostas imediatas desse
1594 pacto: a desfragmentação do orçamento, como eu já disse, tentar consolidar mais o processo do
1595 financiamento, o cumprimento da EC nº 29, estratégia de investimento estabelecidas em consonância
1596 com os respectivos planos de saúde, garantindo, além dos recursos de investimento, o custeio,
1597 incentivo à gestão; criar incentivos como linha de estímulo diferenciado; implementação de políticas que
1598 apontam para ganho de qualidade do sistema na ampliação do acesso, integralidade e humanização da
1599 atenção à saúde. Então, a idéia é que possamos estimular com recursos os municípios que tenham
1600 implementado políticas de gestão de qualidade da atenção. Construir a proposta de um índice de
1601 valorização de resultados que considere o avanço de estados e municípios nos índices pactuados, ou
1602 seja, estabelecidas as metas, os indicadores que vão ser utilizados, nós teríamos também um índice de
1603 valorização de resultados que nos permitiria estabelecer uma consideração dos avanços e premiar
1604 esses avanços por parte dos estados e municípios. O outro componente seria a transferência de
1605 recursos estaduais Fundo a Fundo para os municípios, como hoje acontece do governo federal para os
1606 estados e para os municípios. O quarto ponto já discutido: Controle social - atribuições dos municípios,
1607 estados e União: garantir e estimular a organização e participação popular e o controle social na gestão
1608 dos serviços, democratizando o conhecimento do processo saúde-doença e do Sistema de Saúde. Os
1609 gestores federal, estadual e municipal devem criar as condições materiais, técnicas e administrativas

1610 necessárias ao funcionamento dos Conselhos de Saúde, que deverão se organizar conforme as
1611 diretrizes legais de âmbito nacional e as leis específicas de cada esfera de governo; instituir os
1612 Conselhos Gestores Locais e prover informações estratégias de comunicação junto à sociedade para
1613 discussão e conhecimento do SUS. Então, esses são os pontos até agora trabalhados dentro dos sete
1614 eixos aos quais eu me referi. Com relação à Lei de Responsabilidade Sanitária, o nosso entendimento é
1615 que ela será um instrumento que vai exatamente garantir o Pacto de Gestão. Ela vai, em primeiro lugar,
1616 estabelecer quais são as responsabilidades dos gestores municipal, estadual e federal, as obrigações
1617 dentro dessas responsabilidades, as ações que cada um desses entes devem realizar e vai estabelecer
1618 também processos de responsabilização caso essas obrigações efetivamente não venham a ser
1619 cumpridas. Então, por exemplo, qual será o instrumento que irá garantir o cumprimento do termo de
1620 compromisso? Vai ser a Lei de Responsabilidade Sanitária, sendo que ela vai trabalhar não apenas
1621 como uma ação fiscalista ou uma ação repressiva, por exemplo, um instrumento que nós queremos
1622 construir é uma espécie de acordo que poderá ser feito em determinadas situações de descumprimento
1623 das metas, de descumprimento do termo de compromisso e haja consenso que isso aconteceu e se
1624 possa fazer um esforço conjunto para a garantia desse cumprimento. Então, seria um termo de acordo
1625 que seria feito entre os diversos entes para corrigir o que aconteceu, por exemplo, se foi um problema
1626 de gestão, se foi o Ministério que não cumpriu a sua parte no financiamento, se foi um problema do
1627 governo estadual que não deu suporte técnico necessário. Nesse novo acordo que se faz, procura-se
1628 corrigir o problema que eventualmente tenha acontecido para que a meta possa ser cumprida. Naqueles
1629 casos onde nós não temos um acordo sobre a necessidade disso, ou seja, se um dos Entes da
1630 Federação não concorda com a realização desse ajustamento de procedimento ou se envolve um dolo,
1631 nós vamos ter instrumento na Lei de Responsabilidade Sanitária que permite uma ação coercitiva contra
1632 o gestor, inclusive, com definição do que é crime de responsabilidade sanitária, do que são infrações à
1633 Lei de Responsabilidade Sanitária, inclusive, penalidade para aqueles que eventualmente tenha
1634 infringido ou tenha cometido crime de responsabilidade sanitária. Na semana que vem, nós vamos
1635 apresentar ao Brasil esse projeto. Ele já foi apresentado ao Presidente da República para aprovação
1636 das linhas gerais e, na semana que vem, nós vamos divulgá-lo para o público e formalizar o processo
1637 de consulta pública pelo *site* do Ministério da Saúde. Vamos discutir com a Câmara dos Deputados, com
1638 o Senado Federal, com os Órgãos de Controle, vamos conversar com o Poder Judiciário, o Ministério
1639 Público e naturalmente com a sociedade até que nós tenhamos um consenso mínimo que nos permita
1640 ou enviar essa lei para o Congresso Nacional ou, dependendo, aplicar um substitutivo em alguns dos
1641 projetos que lá estejam tramitando. Nós achamos que esse é um avanço importante que o Sistema
1642 Único de Saúde precisa vivenciar. Nós avançamos na definição constitucional do que é o SUS, na
1643 garantia do direito da população, definimos claramente o processo de participação social ainda que com
1644 todas as limitações que todos nós reconhecemos, definimos uma coisa muita avançada que foi o
1645 processo de descentralização e, agora, nós temos que avançar na definição de uma lei que trata do
1646 financiamento do Sistema, apesar de todos os problemas e dificuldades para o seu cumprimento, e até
1647 mesmo a insuficiência ainda do que seria o ideal para o financiamento da saúde. Então, agora é o
1648 momento de avançarmos fortemente em duas áreas fundamentais: a responsabilização do controle, da
1649 aplicação dos recursos e a garantia do acesso com qualidade para a população brasileira. Se nós
1650 conseguirmos dar resposta a isso, ainda que saibamos que esses não são processos que vão se fazer
1651 concretos da noite para o dia, nós vamos, sem dúvidas, possibilitar um avanço importante no processo
1652 de implementação do Sistema Único de Saúde. Era isso basicamente que eu gostaria de colocar. O
1653 Conselho vai ser convocado para uma discussão específica sobre a Lei de Responsabilidade Sanitária
1654 e, naturalmente, apresentará sugestões ao texto que nós vamos encaminhar posteriormente ao
1655 Congresso Nacional. Obrigado!” Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do
1656 Plenário. Conselheiro **José Eri Medeiros** informou que a proposta do Novo Pacto de Gestão do SUS
1657 fora o eixo central de debate do XXI Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde,
1658 realizado o mês de maio de 2005, em Cuiabá/MG e contava com o total apoio do CONASEMS. Nessa
1659 linha, apresentou os principais pontos de decisão do CONASEMS, no XXI Congresso, em relação ao
1660 Pacto de Gestão: reiterar que a saúde da população universal, integral e equânime é uma
1661 responsabilidade compartilhada e solidária das três esferas de governo; aprovar como eixos
1662 estruturantes do Pacto de Gestão a responsabilidade sanitária, a regionalização solidária, o
1663 financiamento, a participação social, o controle público do sistema e a gestão do trabalho em saúde;
1664 reiterar a urgência da imediata desfragmentação do financiamento, reunindo em um único item todos os
1665 valores repassados pelo Ministério da Saúde, conforme estabelece, inclusive, a Lei nº 8.080, de 19 de
1666 setembro de 1990, referentes às ações e serviços de saúde sobre a gestão das Secretarias Municipais
1667 de Saúde com sua transferência regular Fundo a Fundo; exigir o cumprimento e a regulamentação da
1668 Emenda Constitucional nº 29, com efetivo aporte dos recursos previstos para cada esfera de governo e
1669 a explicitação e repasse Fundo a Fundo do percentual dos recursos da esfera estadual para atenção
1670 básica e para organização da assistência regional da média e alta complexidade sobre gestão
1671 municipal; e definir o mês de outubro como prazo limite para a implantação do Pacto. Salientou, ainda,

1672 que a proposta apresentava avanços como o trabalho das três esferas de governo a partir de metas
1673 estabelecidas, valorização da gestão e dos profissionais, fortalecimento do Controle Social e definição
1674 da responsabilidade sanitária. Concluindo, disse que o CONASEMS estava à disposição para ampliar o
1675 debate sobre a proposta do Novo Pacto de Gestão do SUS. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** disse
1676 que o momento era de efetivação do Sistema, garantindo-se amplo acesso da população aos serviços
1677 de saúde, com qualidade e humanizado. Nessa ótica, ressaltou a importância das propostas de criação
1678 do Novo Pacto de Gestão do SUS e da Lei de Responsabilidade Sanitária. Dentre as iniciativas
1679 importantes desse governo para a efetivação do SUS, salientou a publicação do Decreto nº 5.348, de 19
1680 de fevereiro de 2005, que permite o fracionamento de medicamentos e da RDC nº 135, que
1681 regulamenta a forma do fracionamento. Diante dessa regulamentação, solicitou o apoio do Ministro da
1682 Saúde à proposta de se garantir a dispensação de medicamentos a pacientes atendidos nas unidades
1683 de urgência e emergência, nos fins de semana, feriados e à noite, pelo menos para as 24 horas
1684 seguintes, já que esses usuários, muitas vezes, não possuíam dinheiro para comprar o medicamento
1685 recebido ou mesmo não encontravam farmácias abertas para adquiri-lo. A Secretária-Executiva do
1686 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, solicitou que os Conselheiros inscritos considerassem o tempo de três
1687 minutos para a intervenção. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** cumprimentou os integrantes da
1688 mesa, em especial o Ministro de Estado da Saúde, bem como os demais presentes à reunião.
1689 Inicialmente, comentou sobre o pronunciamento do Ministro de Estado da Saúde acerca da deliberação
1690 do CNS em relação à proposta de transição das equipes do PSF. Disse que era absolutamente legítima
1691 a manifestação de qualquer pessoa a respeito de uma decisão do Conselho, particularmente daqueles
1692 diretamente envolvidos na questão, todavia, disse que se sentiu desconfortável diante da forma como o
1693 Ministro de Estado da Saúde referiu-se à decisão do Conselho. Ressaltou que o CNS vinha dando
1694 provas irrefutáveis e cabais do total e absoluto compromisso com o SUS e seus princípios e vinha
1695 trabalhando na lógica de promover debate democrático com o Ministério da Saúde. Explicou que o
1696 debate sobre a proposta de transição não se referia apenas à questão da precarização e, a propósito,
1697 lembrou que foi explicitada aos representantes do Ministério da Saúde, presentes no momento de
1698 discussão da proposta, a intenção do CNS em discutir efetivamente o Programa de Saúde da Família,
1699 que atravessava uma séria crise. Acrescentou, ainda, que, caso os Conselhos de Saúde tivessem sido
1700 ouvidos, conforme prevê a legislação, a Atenção Básica não teria chegado à situação de caos que se
1701 encontra. Sobre as colocações a respeito das atribuições do Controle Social, disse que era tarefa do
1702 CNS discutir as políticas de saúde, as ações de saúde e o financiamento da saúde, como era o caso da
1703 proposta de transição das equipes do PSF. De toda forma, sugeriu que fosse pautado debate no CNS
1704 sobre as atribuições do CNS e do gestor. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** também teceu
1705 comentários sobre o início do pronunciamento do Ministro de Estado da Saúde. Lembrou que o CNS,
1706 durante três reuniões, discutiu a proposta de transição das equipes do CNS e, inclusive, constituiu um
1707 GT, composto por Conselheiros e por representantes do governo, para aprofundar o debate acerca da
1708 proposta. Explicou que o Plenário não contestava a importância ou questionava o PSF em si, mas tinha
1709 preocupação com a saída dos profissionais das unidades básicas para as equipes de transição do PSF.
1710 Nesse sentido, disse que o Conselho manifestou-se de forma bastante consciente sobre essa matéria.
1711 Sobre o novo pacto de gestão do SUS, avaliou que consistia em uma proposta extremamente
1712 necessária em face dos vários problemas relativos à gestão e à descentralização das ações.
1713 Conselheiro **Eni Carajá Filho** enfatizou a importância do apoio do CNS à Lei de Responsabilidade
1714 Sanitária, uma vez que reafirmava, de fato, os dispositivos da legislação do SUS, definia claramente os
1715 papéis de cada esfera de gestão e determinava mecanismos de cobrança das responsabilidades. Em
1716 relação ao pacto de gestão do SUS, disse que era preciso discutir os mecanismos de gestão,
1717 financiamento e controle social, a fim de que evitar a perda de prerrogativas dos Conselhos. Também
1718 ressaltou que era preciso explicitar o significado de regionalização solidária e garantir o controle social
1719 disso.

1725 Diante das considerações do Plenário, o Ministro de Estado da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**,
1726 manifestou-se nos seguintes termos: “Eu vou ser breve, inclusive, porque eu tenho um compromisso
1727 daqui a pouco. Não vou entrar na discussão do pacto, porque integrantes do Ministério, principalmente o
1728 **André**, podem responder às questões e participar do processo de discussão. Essa é uma discussão
1729 inicial e nós queremos que o Conselho tenha um papel e uma participação importante. Agora, o que eu
1730 queria dizer concretamente, em primeiro lugar, que é direito de qualquer integrante desse
1731 Conselho...que não pode ser cerceado por quem quer que seja de emitir uma opinião sobre qualquer
1732 assunto que esteja sendo discutido ou que já tenha sido discutido ou que ainda vai ser discutido. Então,
1733 eu não considero que fui deselegante ao comentar uma decisão do Conselho da qual eu discordo, a não
1734 ser que haja pessoas aqui que, em nome da democracia, queiram cercear o direito de opinião dos
1735 demais. Segundo, a definição do que é a atribuição do Controle Social e do que é a atribuição da gestão.
1736 Isso está definido na própria legislação, assuntos que dizem respeito especificamente a ações
1737 administrativas, gestão, são de responsabilidade do gestor público. Nós não vamos agora colocar tudo
1738 em discussão dentro do Controle Social até para não vulgarizar o que é o papel do Controle Social. Esse

1739 é um assunto que, na minha opinião, não deveria ter sido objeto de apreciação do Conselho, pelo menos
1740 em termos de decisão. Poderia ter sido discutido, sugerido, debatido, apresentado sugestões, mas não
1741 ser submetido à decisão, porque compreendo que esse é um componente, uma política de gestão. O
1742 Conselho quer debater o tema do PSF como estratégia? Que se debata, mas isso é definição que não é
1743 de Conselho e sim de Conferência Nacional de Saúde, várias vezes respaldada por esse instrumento.
1744 Para mudar essa estratégia ou substituir por outra, que possa atender a outros interesses, será
1745 necessário que seja objeto de discussão e deliberação em níveis da mesma forma e no ponto de vista
1746 de política global. A ação de implementação é uma função da gestão e eu me acho no direito de poder
1747 dar essa opinião e lamento que o conselheiro tenha se sentido desconfortável. Eu apenas quis usar o
1748 meu direito. Não fui deselegante, não aceito essa colocação e acho que é direito de qualquer
1749 conselheiro aqui avaliar, a qualquer momento, as posições que o Conselho toma, que o Ministério toma,
1750 que a Tripartite toma e ninguém está cerceando esse direito. Acho e reafirmo que foi um retrocesso,
1751 uma posição equivocada, mas nós vamos respeitar, vamos cumprir, foi uma decisão do Conselho, agora
1752 que vai trazer um prejuízo concreto, nesse processo de ampliação do acesso, eu não tenho dúvidas que
1753 vai ocorrer. Aliás, o Conselho poderia contribuir com sugestões para que nós pudessemos fazer com
1754 que milhões de brasileiros que hoje não têm acesso, pudessem tê-lo. Acho que essas sugestões seriam
1755 muito importantes. Obrigado!" Após essas considerações o Ministro de Estado da Saúde retirou-se do
1756 Plenário e o debate continuou com a presença do Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge**
1757 **José Pereira Solla** e do representante do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD/MS), **André**
1758 **Luiz Bonifácio**. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** perguntou quais seriam as atribuições dos conselhos
1759 gestores locais, conforme propõe o novo pacto de gestão. Conselheira **Silvia Marques Dantas** destacou
1760 a necessidade de aprofundar o debate da proposta, em especial, do eixo relativo ao Controle Social, da
1761 inserção dos Recursos Humanos e do Trabalho em Saúde/educação permanente
1762 . Nesse sentido, propôs que a matéria fosse pautada novamente na próxima reunião do CNS.
1763 Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** disse que a definição da Lei de Responsabilidade Sanitária
1764 representava um avanço qualitativo para o SUS. Também manifestou apoio à proposta de definição de
1765 novo pacto de gestão, apesar da preocupação com a proposta de criação de conselhos gestores locais.
1766 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** também registrou apoio à proposta do Novo Pacto de Gestão,
1767 uma que vez que colocava formalmente as responsabilidades das três esferas de gestão do SUS.
1768 Contudo, sugeriu que, no eixo relativo à responsabilidade sanitária, fosse contemplada a participação
1769 dos Conselhos de Saúde e, no eixo concernente ao financiamento, fosse explicitada a necessidade de o
1770 financiamento ser feito a partir da lógica de combate à precarização e a favor da formalização do
1771 trabalho, mediante concurso público. O Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José Pereira**
1772 **Solla**, inicialmente, destacou os avanços alcançados, até aquele momento, no que diz respeito à
1773 qualificação da gestão do SUS. Citou, por exemplo, que 100% dos estados estavam em gestão plena e
1774 todos os municípios estavam habilitados em algum nível gestão. Nessa linha, enfatizou que as
1775 propostas
1776 de definição do Pacto de Gestão do SUS e da Lei de Responsabilidade Sanitária representavam uma
1777 das maiores contribuições para a qualificação da gestão do SUS, já que definiriam, com precisão, as
1778 responsabilidades das três esferas de governo, bem como a responsabilidade solidária entre as
1779 mesmas e penalidades e sanções no caso de os gestores não cumprirem as suas obrigações
1780 constitucionais do ponto de vista da oferta de serviços de saúde. Salientou que essas duas propostas
1781 estavam diretamente ligadas já que a Lei se remeteria à questão da responsabilidade e do não
1782 cumprimento à formalização do pacto de gestão, porque, em cada momento, haveria um determinado
1783 patamar no pacto que estabeleceria os compromissos para conjuntura do momento. Disse que o
1784 objetivo final era a aprovação da Lei no Congresso Nacional, todavia, salientou que era preciso
1785 aprofundar o seu debate, para que chegasse ao Congresso Nacional com o consenso entre os
1786 principais atores sociais envolvidos no SUS, já que dispunha sobre as responsabilidades dos gestores,
1787 dos Conselhos de Saúde, dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde. Por fim, comentou
1788 sobre o pronunciamento final do Ministro de Estado da Saúde, destacando que manifestações contrárias
1789 dos Conselheiros a decisões do Plenário do Conselho eram legítimas e não deveriam ser cerceadas.
1790 Assim sendo, afirmou que o Ministro da Saúde poderia manifestar a sua posição, ainda que fosse
1791 contrária à decisão do Plenário, uma vez que a sua postura de reconhecimento e fortalecimento do CNS
1792 dava-lhe legitimidade para isso. Finalizando, ressaltou que era preciso aprofundar o debate sobre a
1793 Atenção Básica do país, porque a intenção da proposta de transição das equipes do PSF não visava
1794 retirar o profissional da unidade básica, mas sim, adequar os profissionais da rede à Estratégia Saúde
1795 da Família. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, ressaltou que o Plenário teria
1796 que debater a criação de Conselhos Locais ou Gestores, já que essa era atribuição do Poder Executivo.
1797 A propósito, lembrou que o Plenário aprovou parecer favorável ao Projeto de Lei nº 197/03, de autoria
1798 do Deputado **Roberto Gouveia**, que dispõe sobre a organização de Conselhos Gestores nas unidades
1799 do Sistema Único de Saúde em todo o território nacional, mas esse Projeto foi considerado
1800 inconstitucional. Por fim, sugeriu que o GT de Atenção Básica fosse mantido para, dentre outros

1803 atribuições, fazer o acompanhamento permanente do debate sobre o novo Pacto de Gestão do SUS.

1804 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, diante de recorrentes questionamentos sobre as atribuições

1805 do Controle Social, ponderou se não era a hora de promover debate sobre o real papel dos Conselhos

1806 de Saúde. Destacou que a proposta de criação de novo Pacto de Gestão do SUS era de extrema

1807 importância, já que definiria com precisão as responsabilidades das três esferas de gestão do SUS,

1808 contudo, disse que era preciso pensar também na responsabilização social. A propósito da proposta de

1809 Lei de Responsabilidade Sanitária, perguntou se tinha relação com a proposta de Projeto de Lei, de

1810 autoria do Deputado **Roberto Gouveia**, em tramitação no Congresso Nacional, que dispõe sobre a

1811 matéria. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** salientou que a criação de novo Pacto de Gestão do SUS

1812 representava grande avanço, pois possibilitaria mudanças estruturantes na gestão e no SUS como um

1813 todo. Além disso, salientou que o CNS teria que ter tranquilidade para lidar com o contraditório, a fim de

1814 evitar situações desconfortáveis. Chamou a atenção para as dificuldades de ser gestor do Sistema e,

1815 por essa razão, salientou que era necessário equilíbrio para lidar com isso. Concluindo, defendeu que

1816 fosse feito amplo debate sobre a Atenção Básica, visando à definição de políticas integradas para esse

1817 nível de atenção, de forma a ampliar o acesso da população aos serviços. Atendendo à solicitação, a

1818 fala do Conselheiro **Francisco Batista Júnior** consta, na íntegra, em ata: "Eu solicitei a palavra para

1819 esclarecer a minha fala. Sei que para alguns é desnecessário, mas como sou muito cioso da ética e do

1820 poder da palavra - aprendi com alguns pensadores a importância e o poder das palavras. Eu estava

1821 calado até agora, mas ouvi o Conselheiro **Humberto Costa** dar a entender que a palavra e a opinião

1822 dele teriam sido cerceadas e ouvi o Conselheiro **Jorge Solla** dizer que qualquer Conselheiro pode e

1823 deve manifestar a sua posição. Quero deixar bem claro, as pessoas que ouviram a minha intervenção

1824 devem estar lembradas que falei exatamente isso: qualquer pessoa envolvida com o debate,

1825 particularmente Conselheiro e particularmente o Presidente do Conselho, tem todo o direito de

1826 manifestar a sua posição. O que eu não concordo é com a forma como o Presidente do Conselho

1827 manifestou a crítica ao Conselho, de forma desrespeitosa e reafirmo a minha fala. Deixo muito claro que

1828 ele tem todo o direito, agora, não tem direito de fazer da forma que fez. Por exemplo, responsabilizar o

1829 Conselho pelo caos na Atenção Básica, pelo aprofundamento da situação, acho que não é por aí.

1830 Então, reafirmo, mas deixando bem claro que não foi esse o enfoque da minha intervenção em relação

1831 ao direito que o Conselheiro **Humberto Costa** tem de se manifestar." Na sequência, o representante do

1832 Departamento de Apoio à Descentralização (DAD/MS), **André Luiz Bonifácio**, teceu comentários sobre

1833 as intervenções dos Conselheiros. De início, ressaltou que aquele momento era inédito, pois o Ministério

1834 da Saúde, pela primeira, apresentava um projeto de mudança dos rumos da gestão do SUS, a partir de

1835 um pacto de gestão tripartite. Explicou que a proposta estava em processo de ampla construção, com a

1836 participação do CONASS e CONASEMS, devendo contar também com a participação do CNS.

1837 Acrescentou ainda que a proposta estava em consonância com a legislação vigente, respeitando a

1838 dimensão sistêmica do SUS, a sua complexidade e seus modos de integração e regulação. Em relação

1839 ao Controle Social, destacou que um dos desafios postos a ser enfrentado era: como transpor a barreira

1840 de discussões como um controle social adstrito a um municípios, quando muitos dos problemas dos

1841 municípios ultrapassavam o espaço do território municipal. Destacou que era preciso debater a lógica do

1842 Sistema, com ênfase nos desafios a serem enfrentados a exemplo da relação intergestores, do

1843 financiamento por necessidade, da fragmentação dos repasses. Com relação aos Conselhos Gestores,

1844 lembrou que o Plenário aprovou parecer favorável ao Projeto de Lei, que dispõe sobre a organização de

1845 Conselhos Gestores nas Unidades do SUS em todo território nacional. Assim, a proposta de instituição

1846 de Conselhos Gestores, conforme proposto no novo pacto de gestão do SUS, ia ao encontro dessa

1847 posição do Conselho, sendo necessário definir o modo de operacionalização dessas instâncias.

1848 Prosseguindo, disse que era necessário reafirmar o princípio da descentralização, buscando alternativas

1849 e soluções para que ela não fosse utilizada como justificativa para a desqualificação da gestão.

1850 Enfatizou que o documento estava aberto a contribuições, uma vez que estava em processo de

1851 construção, devendo ser pactuado e construído com a participação do Controle Social. Salientou que o

1852 pacto confluiria para a definição de compromissos sanitários que se configurariam em indicadores e

1853 metas mensuráveis e compromissos de gestão que iriam mostrar elementos da qualificação do SUS.

1854 Concluindo, ratificou a necessidade de aprofundar o debate da proposta, todavia, ressaltou que era

1855 preciso considerar a meta do Ministério da Saúde de concluí-la e implementá-la até outubro de 2005.

1856 Sra. **Márcia Amaral**, responsável pelo Projeto de Monitoramento, avaliação e controle da gestão do

1857 SUS,

1858 informou que a proposta de Lei de Responsabilidade Sanitária, proposta pelo Ministério da Saúde,

1859 estava em perfeita consonância com o Projeto de Lei, de autoria do Deputado **Roberto Gouveia**, que se

1860 encontrava em tramitação na Câmara dos Deputados. Na sua visão, o grande desafio a ser enfrentado

1861 era como agregar os valores do modelo assistencial para que as ações de saúde fossem mais efetivas.

1862 Nessa linha, enfatizou a necessidade de o CNS manter o GT do CNS de Atenção Básica para que

1863 discutisse essa entre outras questões. A propósito, solicitou que o Plenário avaliasse a possibilidade de

1864 discutir essa entre outras questões. A propósito, solicitou que o Plenário avaliasse a possibilidade de

1865 sua participação no Grupo. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que o

1866 Conselho poderia acompanhar a discussão do Pacto de Gestão com a apresentação de informes mensais ao Plenário ou por meio do GT de Atenção Básica. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** salientou que o novo pacto de gestão era essencial para o fortalecimento e qualificação da atenção básica. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur**, considerando que não houve desacordo em relação ao mérito da proposta, defendeu que o Plenário recomendasse a sua discussão pelos Conselhos Estaduais e Municipais, a fim de ser aprimorada. Além disso, sugeriu que o Plenário indicasse uma das Comissões do CNS já existentes para acompanhar a discussão do pacto. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, dada a importância da proposta para o fortalecimento do SUS, sugeriu que fosse divulgada na página do CNS, informando que fora apreciada pelo Plenário do CNS e recomendando a sua discussão pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. O representante do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD/MS), **André Luiz Bonifácio**, dispôs-se a manter contato permanente, de forma a informar o CNS sobre as alterações feitas no documento que estava em processo de construção e debater os pontos que o Plenário julgasse necessários. Diante do consenso sobre o mérito da proposta de instituição do novo Pacto de Gestão do SUS, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, submeteu à apreciação do Plenário a seguinte proposta: **divulgar a proposta na página do CNS, com a recomendação de que seja discutida pelos Conselhos de Saúde e distribuir os sete eixos temáticos do novo pacto de gestão (Responsabilidade Sanitária; Regionalização; Planejamento, Programação, Avaliação; Regulação e Normalização do Sistema; Trabalho em Saúde/educação Permanente; Financiamento; e Participação Social e Controle Público) entre as Comissões do CNS, na perspectiva de que elas aprofundem o debate. Não havendo posições contrárias, a proposta foi aprovada.** O representante do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD/MS), **André Luiz Bonifácio**, ressaltou que, independente dessa dinâmica, o Ministério da Saúde se reportaria ao Pleno do CNS e não às Comissões. **A Comissão de Coordenação Geral faria a distribuição dos eixos temáticos do pacto entre as Comissões do CNS.** A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, agradeceu a presença dos convidados e encerrou a discussão do tema. **ITEM 11 – APRESENTAÇÃO, APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO PRIMEIRO TRIMESTRE DE 2005 –** Devido à exiguidade de tempo, o Plenário decidiu adiar o debate dessa matéria para a próxima reunião do CNS. De público, a Secretária-Executiva do CNS agradeceu a presença do Secretário de Planejamento, Orçamento e Gestão/MS, **Sady Carnot Falcão Filho**. **A Comissão de Coordenação Geral (CCG) ficou responsável por definir dinâmica para a próxima reunião do CNS.** Definido isso, foram encerrados os trabalhos da manhã do segundo dia de reunião. Retomando, foi aberto espaço na pauta ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS, **Moisés Goldbaum**, que fez o lançamento formal dos anais da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Na sequência, foi aberta a palavra à Conselheira **Maria Luiza Jaeger**, para apresentação de proposta relativa à Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A princípio, a Conselheira justificou que não poderia participar do debate sobre o Regulamento da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em virtude de compromisso previamente agendado. Explicou que, apesar de a Conferência ser fundamental para a implementação e consolidação do SUS, vários estados e municípios não haviam marcado as suas. Diante desse cenário, solicitou que na discussão do Regulamento da Conferência, o Plenário apreciasse a proposta do Ministério da Saúde de modificar o calendário de realização da Conferência, de forma a realizar a etapa nacional em março de 2006, disponibilizando maior prazo para a realização das Conferências Estaduais e Municipais, bem como fosse delegada à comissão de acompanhamento a tarefa de mobilizar estados e municípios a realizarem as suas Conferências. Não houve manifestações contrárias à proposta de mudança da data da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Na sequência, foi iniciado o debate acerca do Regulamento da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **ITEM 12 – APRESENTAÇÃO, APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DA PROPOSTA DE REGULAMENTO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE –** Por solicitação, a fala da Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, consta, na íntegra, em ata: “Então, seguindo a proposta de realizar a etapa nacional da Conferência após o carnaval, a data seria de 15 a 18 de março de 2005. A abertura seria realizada dia 15, quarta-feira e o encerramento dia 18, sábado. Gostaria que constasse em ata que o orçamento, já conversei com a **Maria Luiza**, será alocado junto ao orçamento do Conselho Nacional de Saúde. Nós já combinamos isso para depois não ter nenhum problema de rubrica para a Conferência. Eu também já falei com o **Alexandre Padilha** e nós solicitamos à FUNASA que, na hora de definir a Conferência de Saúde Indígena, faça a mesma coisa.” Prosseguindo, os Conselheiros **Eni Carajá Filho** e **Maria Natividade G. S. T. Santana** assumiram a coordenação dos trabalhos e definiram a dinâmica para o debate da proposta de Regulamento da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. De início, Conselheiro **Eni Carajá Filho** fez a leitura da proposta de Regulamento da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, enquanto os Conselheiros

1933 faziam o apontamento de destaques. Concluída a leitura, foi aberta a palavra para apresentação dos
1934 destaques. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** destacou os artigos 3º e 4º para propor o
1935 seguinte calendário para o credenciamento dos delegados: **a)** titulares: dia 15 de março, das 9 às 20
1936 horas e 16 de março, de 9 às 18 horas; e **b)** suplentes, em substituição aos delegados titulares: dia 16
1937 de março de 2006, das 18 às 21 horas. Também destacou o artigo 5º para propor que o credenciamento
1938 de convidados fosse realizado no dia 15 de março de 2006, das 9 às 20 horas. Prosseguindo, sugeriu
1939 que, no § 2º, artigo 7º, fosse explicitado que a escolha dos expositores de cada eixo temático, em
1940 número de quatro, seria feita, de forma paritária, pela Comissão Organizadora. **Não havendo posições**
1941 **contrárias, esses destaques foram aprovados.** Prosseguindo, Conselheira **Maria Natividade G. S. T.**
1942 **Santana** manifestou preocupação com o § 2º do artigo 9º, uma vez que não seria possível garantir a
1943 ampla oportunidade de manifestação de todos, conforme proposto, já que seria reservado o tempo de
1944 trinta minutos para o debate. Diante dessa preocupação, Conselheira **Rozângela Fernandes**
1945 **Camapum** sugeriu a supressão do trecho do § 2º, artigo 9º: “garantindo-se a ampla oportunidade de
1946 manifestação de todos, evitando-se as múltiplas manifestações de uma mesma pessoa”. **A proposta foi**
1947 **aprovada.** Conselheiro **Eni Carajá Filho** destacou o artigo 14, por entender que seria necessário
1948 discutir o percentual de votos para que uma proposta fosse levada para apreciação da Plenária Final
1949 (40% ou 30%). Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** perguntou à Comissão os motivos que
1950 levaram à definição do percentual de 40% de votos na Plenária Temática para que uma proposta fosse
1951 levada para apreciação da Plenária Final, uma vez que as Conferências anteriores definiram o
1952 percentual de 30%. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** explicou que a Comissão optou por
1953 aumentar o percentual na perspectiva de evitar número excessivo de propostas que inviabilizasse a
1954 votação na Plenária Final. O Coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde,
1955 **Ricardo Burg Ceccin**, explicou que a Comissão definiu o percentual de 40%, a fim de garantir maior
1956 representatividade às Plenárias Temáticas. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que não fosse
1957 explicitado percentual mínimo para que uma proposta fosse levada à Plenária Final. Em contraposição,
1958 a Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** defendeu que fosse definido um percentual mínimo.
1959 Diante disso, Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que fosse definido o percentual de 30% de votos
1960 para que uma proposta fosse levada à apreciação da Plenária Final. **Após considerações, o Plenário**
1961 **decidiu manter o percentual de 40% dos votos dos Delegados que estiverem compondo as**
1962 **Plenárias Temáticas para que uma proposta fosse levada à votação na Plenária Final.** Conselheira
1963 **Rozângela Fernandes Camapum** propôs a supressão do trecho “com antecedência”, do artigo 23, letra
1964 “a”, porque jamais fora possível distribuir, com antecedência, o Relatório das Plenárias Temáticas. **O**
1965 **Plenário acatou a proposta.** Continuando, Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** disse que
1966 era preciso redefinir as datas das Conferências Municipais e Estaduais, considerando que a etapa
1967 nacional seria realizada de 15 a 18 de março de 2006. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**
1968 apresentou a seguinte proposta de calendário para a realização da Conferência: etapa municipal – até
1969 30 de outubro de 2005; etapa estadual – até 15 de dezembro de 2005; e etapa nacional – 15 a 18 de
1970 março de 2006. Disse que, diante de novas datas para a realização da Conferência, seria necessário
1971 retificar o Regimento Interno da Conferência que já havia sido divulgado. Conselheira **Rozângela**
1972 **Fernandes Camapum** sugeriu que as Conferências Municipais fossem realizadas até 15 de outubro de
1973 2005, a fim de houvesse hábil para conclusão do relatório e envio para os estados. **Após**
1974 **considerações, o Plenário aprovou a seguinte proposta de calendário para a realização da**
1975 **Conferência: etapa municipal – até 20 de outubro de 2005; etapa estadual – até 15 de dezembro**
1976 **de 2005; e etapa nacional – 15 a 18 de março de 2006.** Definido esse ponto, Conselheiro **Eni Carajá**
1977 **Filho** colocou em votação a proposta de Regulamento, com as alterações propostas pelos
1978 Conselheiros. **Não havendo posições contrárias, a proposta de Regulamento foi aprovada por**
1979 **unanimidade.** Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** defendeu que a composição das Comissões das
1980 Conferências Temáticas (Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Saúde do Trabalhador; e
1981 Saúde Indígena) não sofresse alterações, por causa da eleição do CNS, a fim de evitar prejuízos à
1982 organização da Conferência. **O Plenário acatou a proposta.** Continuando, Conselheira **Maria**
1983 **Natividade G. S. T. Santana** submeteu à apreciação do Plenário a solicitação da ABRASCO,
1984 encaminhada a CIRH/CNS, por meio de ofício, solicitando uma vaga para sua representação na
1985 Comissão Organizadora da Conferência. Após considerações do Plenário, o Coordenador do
1986 Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, sugeriu que a ABRASCO
1987 ocupasse uma das vagas do segmento dos gestores na Comissão Organizadora. **Não havendo**
1988 **posições contrárias, o Plenário endossou a proposta de inclusão de representante da ABRASCO,**
1989 **na Comissão Organizadora, ocupando vaga do segmento dos gestores.** Definido esse ponto, foi
1990 iniciada a discussão da proposta de Regulamento da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.
1991 **ITEM 13 – APRESENTAÇÃO, APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DA PROPOSTA DE REGULAMENTO DA**
1992 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR –** Conselheiro **João Donizeti Scaboli**,
1993 com o apoio da representante da integrante da Comissão Organizadora da Conferência Nacional de
1994 Saúde do Trabalhador, **Cibele Osório de Mello**, assumiu a coordenação dos trabalhos e definiu a

1995 dinâmica para apreciação da proposta de Regulamento da Conferência Nacional de Saúde do
1996 Trabalhador. De início, foi feita a leitura da proposta de Regulamento da Conferência Nacional de Saúde
1997 do Trabalhador, enquanto os Conselheiros faziam destaques ao texto. Concluída a leitura, foi aberta a
1998 palavra para apresentação dos destaques. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** destacou o
1999 artigo 3º para propor que houvesse apenas um Painel para cada Eixo Temático, cada um com até seis
2000 expositores, por entender que a realização de nove painéis simultaneamente, conforme a proposta
2001 original, poderia fragmentar a discussão dos eixos temáticos e prejudicar os trabalhos na Plenária
2002 Temática. Diante dessa preocupação, Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** apresentou a
2003 proposta de realizar três painéis temáticos sobre o mesmo eixo temático, em um mesmo espaço.
2004 Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum**, considerando que foram reservadas quatro horas para
2005 os painéis, sugeriu a realização de dois painéis temáticos sobre o mesmo eixo temático, em um mesmo
2006 espaço. **Sobre essa questão, o Plenário decidiu que seriam realizados dois Painéis para cada**
2007 **Eixo Temático, abordando subtemas pertinentes, em um mesmo espaço, sendo que a abordagem**
2008 **de cada eixo temático seria feita mediante apresentações de quatro expositores e, após as**
2009 **exposições, seria reservado o tempo de trinta minutos para o debate.** Continuando, Conselheira
2010 **Rozângela Fernandes Camapum** sugeriu que, no artigo 4º, fosse suprimido o termo “termo de
2011 referência”, pois os painelistas utilizariam como referência os seis subtemas. **Não havendo posições**
2012 **contrárias, o Plenário acatou a proposta.** Em relação ao artigo 5º, Conselheira **Rozângela**
2013 **Fernandes** sugeriu a supressão do trecho: “garantindo-se a ampla oportunidade de manifestação de
2014 todos.” **A proposta foi acatada.** Continuando, Conselheira **Rozângela Fernandes** propôs que, no
2015 artigo 7º, fosse suprimida a expressão “Plenária Temática”, já que a função de aprovar o Regulamento e
2016 votar o Relatório Final cabia à Plenária de Abertura e à Plenária Final. No artigo 13, solicitou a
2017 supressão do trecho “e a coordenação encaminhará a votação dos COFITOS”. No artigo 19, letra h,
2018 defendeu que as propostas apresentadas fossem aprovadas por maioria simples dos delegados
2019 presentes, já que era inviável contar todos os votos. No artigo 23, propôs a supressão do trecho “e
2020 entregues à Comissão Especial de Relatoria”. Nesse mesmo artigo, nos §§ 2º e 3º, sugeriu a
2021 substituição do termo “eixo temático” por “tema”, pois as moções poderiam ser apresentadas não só
2022 com base nos eixos temáticos da Conferência. **Não havendo posições contrárias, essas sugestões**
2023 **de alteração foram aprovadas por unanimidade.** Concluída a apresentação e apreciação dos
2024 destaques, Conselheiro **João Donizeti Scaboli** colocou em votação a proposta de Regulamento, com
2025 as alterações propostas pelo Plenário. **Não havendo posições contrárias, a proposta de**
2026 **Regulamento foi aprovada por unanimidade. ITENS EXTRA PAUTA: 1) COMISSÃO**
2027 **INTERSETORIAL DE SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE (CISAMA) –** O Coordenador da Comissão
2028 Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente (CISAMA), Conselheiro **Wander Geraldo da Silva**, de
2029 início, fez breve relato sobre as atividades da CISAMA/CNS, destacando, em especial, a discussão
2030 acerca do Projeto de Lei, apresentado ao Congresso Nacional, que versa sobre o Plano Nacional de
2031 Saneamento Básico e o financiamento da área de saneamento, meio ambiente e saúde. Além disso,
2032 solicitou espaço na pauta da próxima reunião do CNS para apresentar a agenda de trabalho da
2033 CISAMA/CNS para 2005/2006. Em seguida, apresentou informe sobre o Projeto de Lei nº 5.296/05, de
2034 autoria do Poder Executivo, que dispõe sobre as diretrizes para o saneamento básico e institui a Política
2035 Nacional de Saneamento Básico. Disse que o referido PL estava em tramitação na Câmara dos
2036 Deputados, em caráter de urgência constitucional, com previsão de ser votado em Plenário no início de
2037 agosto de 2005. Por essa razão, solicitou aos Conselheiros que fosse feita a leitura do documento
2038 elaborado pela CISAMA/CNS, com a análise dos principais tópicos do Projeto de Lei, já que a matéria
2039 seria objeto de discussão na próxima reunião do CNS. Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS,
2040 **Eliane Aparecida da Cruz**, colocou em votação a minuta de recomendação da Comissão Intersetorial
2041 de Saneamento e Meio Ambiente (CISAMA), solicitando que o CNS apóie e acompanhe o processo de
2042 discussão e aprovação do Projeto de Lei no Congresso Nacional. **A minuta foi aprovada com uma**
2043 **abstenção. 2) MINUTAS DE RESOLUÇÕES -** A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**
2044 **Cruz**, informou o Plenário sobre o Projeto de Lei nº 4.698/04, de autoria do Deputado **Ivan Paixão**, que
2045 dispõe sobre a inclusão do Poder Judiciário na composição do CNS e apresentou proposta de
2046 resolução, onde o CNS resolve manifestar-se contrário ao referido Projeto, solicitar a sua rejeição na
2047 Câmara dos Deputados e dar ampla divulgação à resolução aos Conselhos de Saúde e à população
2048 brasileira como forma de apresentar a posição do Conselho Nacional de Saúde referente ao Projeto de
2049 Lei em questão, visando a sua rejeição. **Não havendo posições contrárias, a proposta de resolução**
2050 **foi aprovada por unanimidade.** Em seguida, a Secretária-Executiva do CNS submeteu à apreciação
2051 do Plenário uma minuta de resolução, manifestando a posição contrária do CNS ao Projeto de Lei nº
2052 4.332/04, de autoria do Deputado **Adelor Vieira**, em tramitação na Comissão de Seguridade Social e
2053 Família da Câmara dos Deputados, que institui o “Tíquete Saúde” em todo território nacional; solicitando
2054 que o Projeto de Lei seja não seja aprovado na Câmara dos Deputados; e que a resolução fosse
2055 amplamente divulgada aos Conselhos de Saúde e à população brasileira como forma de apresentar a
2056 posição do Conselho Nacional de Saúde referente ao Projeto de Lei em questão, visando a sua

2057 rejeição. **Não havendo destaques, a resolução foi aprovada. 3) ELEIÇÃO DO CONSELHO**
2058 **NACIONAL DE SAÚDE** – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, destacou que o
2059 atraso no processo de tramitação e publicação do Decreto de Composição do CNS poderia retardar a
2060 realização do processo eleitoral do Conselho e demandaria a publicação de novos decretos, ampliando
2061 o mandato dos atuais Conselheiros. Nessa linha, considerando que o último Decreto ampliou o mandato
2062 dos Conselheiros até dia 15 de julho, sugeriu que fosse publicado novo Decreto, ampliando o mandato
2063 dos atuais Conselheiros até o final de 2005. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou se o
2064 Decreto, ampliando o atual mandato dos Conselheiros até o final de 2005 impediria que a eleição fosse
2065 realizada antes dessa data. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que o
2066 Decreto de Composição do CNS, que estava em tramitação, determinava que a eleição ocorreria até 75
2067 dias após a sua publicação, a posse dos novos Conselheiros noventa dias após a sua publicação e
2068 revogava todos os outros decretos, logo, a publicação de novo Decreto, ampliando o mandato dos
2069 atuais Conselheiros até o final de 2005, não impediria que a eleição fosse realizada antes desse prazo.
2070 Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** registrou que o Plenário aprovou a proposta de Decreto
2071 de Composição do CNS em abril de 2005, portanto, a prorrogação do mandato do atual do Conselho e o
2072 atraso na realização do processo eleitoral não eram de responsabilidade do CNS, por serem
2073 decorrentes do trâmite burocrático. **Registrada essa ponderação, o Plenário ratificou a proposta de**
2074 **publicação de Decreto, ampliando o mandato dos atuais Conselheiros até o final de 2005, o que**
2075 **não impede que a eleição seja realizada antes desse prazo. ENCERRAMENTO** – Nada mais
2076 havendo a tratar, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os trabalhos da
2077 155ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: *Aos oito dias do mês*
2078 *de junho do ano de dois mil e cinco:* Titulares - **Antônio Alves de Souza, Carlos Alberto E. Duarte,**
2079 **Crescêncio Antunes da S. Neto, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas**
2080 **D. Monteiro, Gilca Ribeiro S. Diniz, Gysélle Saddi Tannous, Jorge Nascimento Pereira, João**
2081 **Donizetti Scaboli, Júlio Strubing M. Neto, Luiz Augusto Ângelo Martins, Maria Eugênia C. Cury,**
2082 **Maria Helena Baumgarten, Maria Leda de Resende Dantas, Maria Natividade G. S. T. Santana,**
2083 **Nildes de Oliveira Andrade, Rômulo Maciel, Rosane Maria Nascimento da Silva, Rui Barbosa da**
2084 **Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Wander Geraldo da Silva e William**
2085 **Saad Hossne.** Suplentes - **Ary Paliano, Ciro Mortella, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Bouffleur,**
2086 **Fernando Luiz Eliotério, Francisca Valda da Silva, Geraldo Adão Santos, Helvécio Miranda**
2087 **Magalhães, Jorge José Santos Pereira Solla, José Eri Medeiros, Maria Irene M. Magalhães, Marisa**
2088 **Fúria Silva, Noemy Yamaguishi Tomita e Rogério Tokarski.** *Aos nove dias do mês de junho do ano*
2089 *de dois mil e cinco:* Titulares - **Antônio Alves de Souza, Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto**
2090 **E. Duarte, Crescêncio Antunes da S. Neto, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Gilca**
2091 **Ribeiro S. Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Jorge Nascimento Pereira, João Donizetti Scaboli,**
2092 **Júlio Strubing M. Neto, Luiz Augusto Ângelo Martins, Maria Eugênia C. Cury, Maria Helena**
2093 **Baumgarten, Maria Leda de Resende Dantas, Maria Natividade G. S. T. Santana, Rômulo Maciel,**
2094 **Rosane Maria Nascimento da Silva, Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa da Silva, Silvia**
2095 **Marques Dantas e William Saad Hossne.** Suplentes - **Ary Paliano, Clóvis A. Bouffleur, Fernando**
2096 **Luiz Eliotério, Geraldo Adão Santos, Gerônimo Paludo, José Eri Medeiros, Maria Irene M.**
2097 **Magalhães, Marisa Fúria Silva e Noemy Yamaguishi Tomita.**