



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

ATA DA CENTÉSIMA QÜINQUAGÉSIMA NONA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ABERTURA - Aos dezoito, dezenove e vinte dias do mês de outubro 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 Qüinquagésima Nona Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde – CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os Conselheiros e demais presentes à reunião. Em seguida, apresentou a pauta de debate do primeiro dia de reunião, bem como a dinâmica de trabalho. Não havendo destaques, passou ao primeiro item, convidando para compor a mesa o consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**; a integrante da COFIN/CNS, **Ana Cristhina de Oliveira Brasil**; o Subsecretário de Planejamento e Orçamento/MS, **Sady Carnot Falcão Filho**; e o representante da Secretaria de Planejamento e Orçamento/MS, **Arionaldo Bonfim**. **ITEM 1 – APRESENTAÇÃO, APRECIACÃO E VOTAÇÃO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO 3º TRIMESTRE DE 2005** – A Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** assumiu a coordenação dos trabalhos e, de imediato, passou a palavra ao consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**, para a apresentação do relatório da última reunião da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN/CNS), com destaque para a análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde relativa ao 3º Trimestre de 2005. Iniciando, o consultor técnico da COFIN/CNS explicou que a Comissão utilizou os seguintes critérios para analisar o nível de execução orçamentária, considerando os dados da Tabela "Execução Orçamentária e Financeira – 2005 – Consolidado – Ministério da Saúde – Posição Setembro (atualizado até 30.09.2005)": **a)** Adequado: valor de empenho igual ou acima de 75% do valor da coluna "Lei+Crédito 2005", percentual definido por se tratar de posição do 3º trimestre (3/4 do ano); valor de liquidação igual ou acima de 67% da coluna "Lei+Crédito 2005", percentual menor que o adotado para o empenhado por deduzir 8% correspondente à defasagem estimada de um mês para os processos de liquidação de despesa. **b)** Regular: valor de empenho acima de 67% e abaixo de 75% do valor da coluna "Lei +Crédito 2005"; valor de liquidação acima de 59% e abaixo de 67%. As faixas de percentuais adotadas consideraram como defasagem um mês de execução. **c)** Inadequado: valor de empenho igual ou abaixo de 67% do valor da coluna "Lei+Crédito 2005"; valor de liquidação igual ou abaixo de 59%. Os dois percentuais são decorrentes dos critérios anteriores "a" e "b". **d)** Os itens relativos às Farmácias Populares (36 e 72) tiveram os valores excluídos para fins de análise, pois não integram o cálculo para apuração dos gastos mínimos com ações e serviços públicos de saúde nos termos da EC nº 29 e da Resolução do CNS nº 322. Seguindo, disse que, de um modo geral, os percentuais totais de empenho e liquidação que integram as Ações e Serviços de Saúde – OCC (Outros Custeios e Capital) atingiram 81,91% (R\$ 27.539.383.610) e 59,74% (R\$ 20.084.188.638), respectivamente. Considerando os critérios fixados anteriormente, o nível de execução orçamentária em termos agregados foi adequado em termos de empenhamento e regular em termos de liquidação. Entretanto, houve variação de desempenho por unidade, tendo como percentuais de empenho e liquidação e nível de execução orçamentária, respectivamente: FNS – 83,91%, 61,45%, adequado empenhamento e regular liquidação; ANVISA – 66,58%, 40,12%, inadequado empenhamento e liquidação; FUNASA – 51,38%, 33,67%, inadequado empenhamento e liquidação; FIOCRUZ – 35,87%, 27,08%, inadequado empenhamento e liquidação; ANSS – 83,03%, 54,42%, adequado empenhamento e inadequada liquidação; e GHC – 61,11%, 50,65%, inadequado empenhamento e liquidação. Destacou, por fim, que o nível de execução orçamentária dos 72 itens/programas analisados (os itens "Farmácias Populares" no FNS e na FIOCRUZ não foram considerados) podia ser resumido como segue: **a)** em termos de empenhamento: 35 itens/programas com nível adequado; 11 itens/programas com nível regular; e 26 itens/programas com nível inadequado; **b)** em termos de liquidação: 16 itens/programas com nível adequado; 10 itens/programas com nível regular; e 46 itens/programas com nível inadequado; **c)** em termos de empenhamento e liquidação com nível adequado: 14 itens; **d)** em termos de empenhamento e liquidação com nível inadequado: 26 itens. Seguindo, passou à apresentação da análise por Itens/Programas e Unidades. Destacou os 14 itens correspondentes aos valores de empenho e liquidação com nível adequado, sendo eles: FNS: 8 (Manutenção Administrativa), 16 (Incentivo para o controle de endemias),

58 27 (Média e Alta Complexidade – MAC – AIH/SIA/SUS), 28 (Medicamentos Excepcionais), 29 (Piso
59 Assistencial Básico), 30 (Programas de Agentes Comunitários de Saúde – PACS/PSF), 39 (Aquisição e
60 Distribuição de Medicamentos DST/AIDS), 42 (Auxílios ao Servidor) e 43 (Assistência Médica a
61 Servidores); ANVISA: 47 (Administração da Unidade); FUNASA: 57 (Controle de Endemias/Erradicação
62 do Aedes) e 61 (Assistência Médica a Servidores); FIOCRUZ: 65 (Manutenção Administrativa) e 74
63 (Assistência Médica a Servidores); ANSS: nenhum; e GHC: 85 (Sentença Judicial – Custeio). Detalhou
64 também os 26 itens correspondentes aos valores de empenho com nível inadequado e os 46 itens
65 correspondentes aos valores de liquidação com nível inadequado, sendo: FNS: 6 (Combate às
66 Carências Nutricionais – empenho e liquidação), 7 (Bolsa-Alimentação – empenho e liquidação), 9
67 (Manutenção de Unidades Operacionais - liquidação), 13 (Publicidade de Utilidade Pública - liquidação),
68 14 (Serviço de Processamento de Dados – Datasus – liquidação), 15 (Programa Sangue e
69 Hemoderivados – empenho e liquidação), 17 (Sistema Nacional de Vigilância em Saúde/VIGISUS –
70 empenho e liquidação), 18 (Vacinas e Vacinação – liquidação), 19 (Outros Programas – empenho e
71 liquidação), 20 (Qualificação Profissional do SUS – liquidação), 21 (Fomento à Pesquisa e Tecnologia –
72 liquidação), 22 (Implantação do Cartão SUS – liquidação), 23 (Programa de Estruturação Saúde da
73 Família – PROESF – empenho e liquidação), 24 (PROFAE - liquidação), 26 (KFW – PI e CE –
74 liquidação), 31 (Programa Interiorização Trabalho em Saúde – PITS – empenho e liquidação), 32
75 (Atenção Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem – empenho e liquidação), 33 (Vigilância
76 Sanitária – PAB - liquidação), 34 (Farmácia Básica – liquidação), 35 (Atenção à Saúde Bucal – empenho
77 e liquidação), 37 (Ações de Vigilância Epidemiológica – empenho e liquidação), 38 (Aquisição e
78 Distribuição de Medicamentos – liquidação), 40 (Participação em Organismos Internacionais – empenho
79 e liquidação), 41 (Reaparelhamento Unidades do SUS – empenho e liquidação), 44 (Sentença
80 Judicial/Custeio – liquidação) e 45 (Emendas Nominativas – empenho e liquidação); ANVISA: 48
81 (Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços – empenho e liquidação) 49 (Programa Sangue e
82 Hemoderivados – empenho e liquidação) 50 (Auxílios ao Servidor – liquidação) e 51 (Assistência Médica
83 a Servidores – liquidação); FUNASA: 54 (Manutenção das Unidades Indígenas - liquidação), 55
84 (Manutenção Administrativa – liquidação), 56 (Sistema Nacional Vigilância em Saúde/VIGISUS –
85 empenho e liquidação), 58 (Saneamento Básico – Demais Ações – empenho e liquidação), 59 (Outros
86 Programas – empenho e liquidação), 62 (Sentença Judicial/Custeio – liquidação) e 63 (Emendas
87 Nominativas – empenho e liquidação); FIOCRUZ: 67 (Modernização de Unidades de Pesquisa –
88 empenho e liquidação), 68 (Adequação da Planta de Vacinas – empenho e liquidação) e 75 (Emendas
89 Nominativas – empenho e liquidação); ANSS: 77 (Administração da Unidade – liquidação), 78
90 (Assistência Suplementar de Saúde – liquidação), 79 (Outros Programas – empenho e liquidação), 80
91 (Auxílios ao Servidor – empenho e liquidação) e 81 (Assistência Médica a Servidores – empenho e
92 liquidação); e GHC – 83 (Atenção Hospitalar da Unidade – empenho e liquidação). Continuando, disse
93 que foram apresentadas as seguintes justificativas sobre os itens com baixa execução orçamentária: em
94 linhas gerais, o nível de execução orçamentária foi condicionado pelo baixo limite de empenhamento
95 disponibilizado para o Ministério da Saúde; e o sistema SISPLAN registra as justificativas sobre a
96 execução orçamentária (houve a sugestão de verificar a possibilidade de consulta desse sistema pela
97 COFIN). Em relação à baixa execução dos itens 17 e 37, disse que a Secretaria de Vigilância em Saúde
98 justificou que: **a)** Item 17 (Sistema Nacional de Vigilância em Saúde/VIGISUS): Os Planos de
99 Investimentos de 27 Estados e 26 Capitais já foram aprovados e os repasses estão ocorrendo de forma
100 regular. No momento, cerca de 197 municípios prioritários já apresentaram os respectivos planos, que
101 estão em fase de análise visando à formalização do Termo de Adesão para posterior repasse Fundo a
102 Fundo. O prazo previsto é final de Outubro. A aquisição de equipamentos encontra-se em processo
103 licitatório. Estima-se utilizar todo o recurso orçamentário; e **b)** Item 37 (Ações de Vigilância
104 Epidemiológica): os pré-projetos foram aprovados, sendo que 50% estão tramitando no Ministério da
105 Saúde para a formalização dos Convênios e 50% dependem do envio do projeto pelos requerentes.
106 Houve atraso na definição das normas conveniais pelo FNS, o que retardou o início dos procedimentos
107 (somente a partir de maio de 2005). A aquisição de equipamentos encontra-se em processo licitatório.
108 Disse ainda que a SGP informara que várias ações estavam incorporadas em “Outros Programas” e que
109 estava analisando cerca de duzentos pré-projetos, incluindo aqueles relacionados às novas ações que
110 foram incorporadas da SGET (Promoção dos Princípios do SUS e Apoio de Formação Permanente de
111 Agentes para o Controle Social), do DENASUS e da População Negra. Além disso, estava sendo
112 desenvolvido Projeto de Ouvidoria em estados e municípios. Informou que a SAS enviaria material com
113 os esclarecimentos da baixa execução orçamentária. Sobre o item 35 (Atenção à Saúde Bucal),
114 ressaltou que houve a informação que permanecia “sub judice” o processo licitatório e que no próximo
115 mês o recurso orçamentário seria transferido para o MAC (Incentivo para o CEO). Sobre o item 31
116 (Programa Interiorização Trabalho em Saúde – PITS), disse que a SPO informou que era necessária a
117 publicação de um decreto, que estava em fase de análise no Gabinete do Ministro da Saúde. Destacou,
118 ainda, que os membros da COFIN demonstraram preocupação com o baixo nível de liquidação do item
119 38 (Aquisição e Distribuição de Medicamentos), pois podia estar comprometendo a distribuição dos

medicamentos de hipertensão e diabetes, bem como os *kits* do Programa de Saúde da Família. Em relação ao cumprimento da EC nº 29 em 2005, disse ser necessária suplementação orçamentária, considerando que o gasto mínimo com ações e serviços públicos de saúde em 2005 estava estimado, nos termos da Resolução 322, em R\$ 37,125 bilhões, o valor alocado em “Ações e Serviços de Saúde – Total” na coluna “Lei+Crédito 2005” da Tabela “Execução Orçamentária e Financeira – 2005 – Consolidado – Ministério da Saúde – Posição Setembro (atualizado até 30.09.2005)”, de R\$ 37,683 bilhões era superior ao mínimo estimado (R\$37,125 bilhões). Porém, estava incorporada a suplementação de R\$ 1,2 bilhão do item 7 (Bolsa Alimentação) realizada pela Medida Provisória nº 261/05, de 30 de setembro de 2005, que seria objeto de análise posteriormente. Seguindo, explicou que a Comissão avaliou o impacto orçamentário das portarias suspensas pelo Ministério da Saúde, em julho de 2005 e a SAS encaminhou a relação de todas as portarias suspensas, tendo sido apurado o impacto orçamentário e financeiro de R\$ 1,1 bilhão para 2006, sendo: MAC – R\$ 703,4 milhões; Sangue e Hemoderivados – R\$ 6,8 milhões; Saúde Mental – R\$ 6,4 milhões; Atenção Básica – R\$ 425,1 milhões; e Saúde Indígena – R\$ 1,2 milhão. Destacou que muitas portarias não tinham impacto orçamentário e financeiro. Além disso, ressaltou que, das portarias relacionadas, estavam sendo apurados os impactos de duas vinculadas à Saúde Indígena (GM nº 1.062 e GM nº 1.088) e de duas vinculadas a Recursos Humanos (GM nº 1.111 e GM nº 1.143). A propósito da proposta orçamentária 2006 do Ministério da Saúde, disse que a COFIN recebeu as planilhas com a Programação Orçamentária para 2006, uma no formato “Programa e Ações”, que foi entregue na Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde de 25 de agosto de 2006 e a outra no formato utilizado mensalmente na análise da execução orçamentária. Porém, os valores das duas planilhas eram diferentes. Desta forma, informou que, para a próxima reunião da COFIN, foi solicitada a compatibilização dos valores das duas planilhas, bem como a apresentação dos parâmetros e prioridades que embasaram a proposta. Finalmente, enfatizou que a COFIN solicitou que, na apresentação da proposta orçamentária de 2006, seja dado destaque aos programas prioritários levantados na reunião plenária do CNS realizada em julho, a saber: saúde bucal, assistência farmacêutica, urgência/emergência (SAMU), atenção básica, gestão do trabalho, saúde da mulher e saúde do idoso. Prosseguindo, falou sobre a Medida Provisória nº 261, de 30 de setembro de 2005 que contemplou, entre outras, a suplementação orçamentária de R\$ 1,2 bilhão para o Bolsa-Alimentação no Ministério da Saúde, passando a ter como fonte “Tesouro” em substituição à fonte “Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza”, prevista originalmente no Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Explicou que, desta forma, essa despesa seria computada como ações e serviços públicos de saúde para fins de cumprimento da EC nº 29, sendo que o valor original de R\$ 1,1 bilhão foi aumentado para R\$ 2,3 bilhões após a suplementação. Destacou que a COFIN, em reuniões anteriores, já havia se posicionado contrariamente à inclusão dessas despesas no cômputo da aplicação mínima em saúde, quando tramitava Projeto de Lei da mesma natureza. Assim sendo, a COFIN decidiu solicitar esclarecimento para a Secretaria Executiva do MS e para SPO/MS, a ser apresentado nesta reunião do CNS: quais as justificativas para a suplementação orçamentária no Ministério da Saúde, onerando recursos do Tesouro, que mais que dobrou o valor programado originalmente? o aumento da despesa com Bolsa Alimentação está em consonância com o disposto no Inciso III da Sexta Diretriz da Resolução nº 322/2003, que prevê a inclusão de despesas com “vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar e a segurança alimentar promovida no “âmbito do SUS”? Em caso negativo, a COFIN sugere que o Plenário do CNS se manifeste contrário à inclusão dessas despesas como ações e serviços públicos de saúde para fins de cumprimento da EC 29. Se isso ocorrer, seria preciso que o Ministério da Saúde solicitasse ao Ministério do Planejamento recursos orçamentários adicionais para se atingir o valor de aplicação mínima em 2005. Sobre a EC nº 29 e Tramitação do Projeto de Lei Complementar nº 01/03, informou que uma representativa comitiva de conselheiros nacionais de saúde participou da audiência com o Presidente da Câmara Federal, Deputado **Aldo Rebelo**, em 6 de outubro de 2005, ocasião em que foi entregue uma Carta Aberta aprovada na última reunião do Conselho Nacional de Saúde. Disse que no dia seguinte, 19 de outubro de 2005, haveria atividade no Auditório Nereu Ramos junto com a Frente Parlamentar, ocasião em que seria entregue aos parlamentares, principalmente aos líderes das bancadas e à imprensa, um documento solicitando a urgência da aprovação do PLC nº 01/03 ainda em 2005. Também informou que o dia 9 de novembro de 2005 fora destacado como próximo dia de mobilização, contudo, poderia haver mudanças, caso o PLC nº 01/03 fosse incluído - neste ou em outro dia - na pauta da Câmara dos Deputados para debate e aprovação. Ressaltou que a sugestão de encaminhamento para o mês de novembro era manter contato com as lideranças partidárias no Congresso e solicitar audiência com o Ministro do Planejamento, da Fazenda e da Casa Civil. Também comunicou o recebimento de Carta dos Senadores **Ney Suassuna** e **José Maranhão**, solicitando a inclusão das despesas com lixo como ações e serviços públicos de saúde para fins de cumprimento da EC nº 29, pelos municípios. Destacou que a COFIN era contrária à solicitação e sugeria o envio da “Carta Aberta” aos referidos senadores como resposta ao pleito. Por fim, informou que fora entregue o relatório “SIOPS – Situação de resposta dos Estados”. Para o ano-base 2004, destacou que somente cinco Estados responderam – Alagoas, Mato

Grosso do Sul, Minas Gerais, Roraima e São Paulo; e para o semestral 2005, somente um Estado respondeu – São Paulo. Disse que também foi entregue o relatório “SIOPS – Situação de resposta dos Municípios por UF”. Para o ano-base 2004, 4.415 municípios responderam; e para o semestral 2005, 2.853 municípios responderam até 7 de outubro de 2005. Concluída a apresentação do relatório da COFIN, o representante da Secretaria de Planejamento e Orçamento/MS, **Arionaldo Bonfim**, fez uma apresentação sobre a execução orçamentária financeira do Ministério da Saúde até o 3º trimestre de 2005. Iniciou explicando que a execução orçamentária do Ministério da Saúde não se dava de forma linear ao longo de cada mês por conta da especificidade de cada execução. Detalhou que, após sessenta dias da publicação da Lei de Diretrizes Orçamentária, o Ministro de Saúde editava portaria detalhando as ações passíveis de financiamento via convênio e a forma de execução e definindo prazos para recebimento e captação de projetos, que seriam analisados pelas áreas do Ministério. Além disso, explicou que todo ano era editado um decreto, definindo o limite de gasto de cada órgão que compõem o orçamento do Poder Executivo. Disse que, nesse ano, o Decreto nº 5.379, de 25 de fevereiro de 2005 definiu como obrigatório, ainda no mês de março de 2005, o empenho das despesas de caráter continuado-administrativo (limpeza, conservação, vigilância, contratação temporária, entre outras) até o mês de dezembro de 2005. Além disso, explicou que não havia impedimento para a execução do orçamento dos estados e o Distrito Federal porque o empenho foi feito até o mês de dezembro e a liquidação era feita mês a mês. Destacou que as despesas que não se davam de forma regular e automática eram as que se referiam a investimentos. A propósito, detalhou que, para investimentos, estavam previstos para 2005 R\$ 2,6 bilhões e desse total R\$ 1,5 bilhões referia-se a emendas parlamentares. Feitas essas considerações, passou a apresentação dos limites orçamentários e financeiros a serem executados até o final de 2005. Em relação aos limites orçamentários, explicou que o orçamento inicial do Ministério da Saúde era de R\$ 32.772.600,00 e hoje estavam disponíveis R\$ 33.962.233,00, com limite disponível para empenho, conforme o Decreto nº 5.379/05, de R\$ 32.772.600,00. Com isso, destacou que se encontrava bloqueado para empenho o montante de R\$ 1.189.633, por conta da publicação da Medida Provisória nº 261/05. Sobre os limites financeiros, explicou que, até o mês de setembro de 2005, o limite disponível para pagamento era de R\$ 23.629.926,00 que concentra os pagamentos do orçamento 2005 e os Restos a Pagar de 2004 no total de R\$ 3,2 bilhões. Seguindo, apresentou quadro síntese da execução orçamentária e financeira até o mês de setembro de 2005 das unidades orçamentárias que compõem o Ministério da Saúde. Detalhou o empenho, a liquidação e o saldo total dos itens globais, sendo respectivamente: 75,32%; 67,43%; e 24,68%. Prosseguiu falando sobre a execução orçamentária e financeira dos itens do Ministério da Saúde, com destaque para as ações e serviços públicos de saúde. Explicou que em 2004 foram investidos R\$ 32,7 bilhões e, para 2005, estavam previstos R\$ 37,6 bilhões, com comprometimento, por meio de empenho, de R\$ 30,7 bilhões e liquidação de R\$ 33,2 bilhões, representando 81% de empenho e 82% de liquidação de despesa. Por fim, enfatizou que o Ministério da Saúde acatou a decisão do Tribunal de Contas da União sobre a inclusão das despesas com Farmácia Popular no computo da Emenda Constitucional nº 29. Concluiu sua exposição, colocando-se à disposição dos conselheiros para eventuais esclarecimentos. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** comunicou a presença de representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde, que poderiam responder a eventuais dúvidas dos Conselheiros. Na sequência, abriu a palavra para intervenções dos Conselheiros. Conselheiro **João Cândido da Silva** cumprimentou a mesa pela exposição simples e compreensível da execução orçamentária do Ministério da Saúde e defendeu que as despesas do Programa Bolsa-Alimentação não fossem computadas para fins de cumprimento da EC nº 29. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** manifestou preocupação com a baixa execução de programas essenciais à saúde da população, em especial aqueles na área de saneamento. Conselheira **Rosane Nascimento da Silva** perguntou quais eram as justificativas para a inclusão do Programa Bolsa-Alimentação nos gastos mínimos com ações e serviços públicos de saúde. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** reiterou a solicitação de detalhamento dos programas que compõem o item 35 (Atenção à Saúde Bucal), bem como a compatibilização do orçamento com as metas. Além disso, solicitou maiores esclarecimentos sobre os motivos da demora do processo licitatório e atraso na liberação dos recursos para a saúde bucal. Por fim, perguntou quais eram as fontes de recursos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Conselheira **Marisa Fúria Silva** perguntou qual era o empenho de cada Ministério no Programa Bolsa-Alimentação. Concluído esse bloco de intervenções, foi aberta a palavra para esclarecimentos. O representante da SPO/MS, **Arionaldo Bonfim**, explicou que, em linhas gerais, a análise dos valores liquidados não podia ser feita linearmente, nem proporcionalmente aos meses do ano, pois os limites financeiros disponibilizados para o Ministério da Saúde incluíam também os pagamentos dos Restos a Pagar. Também comentou sobre a baixa execução orçamentária da FUNASA e da FIOCRUZ, explicando, no caso da FUNASA, que a execução se dava em dois campos, saúde indígena e saneamento básico. Na área da saúde indígena, a execução mostrava-se elevada, inclusive foi encaminhado pedido de crédito suplementar de R\$ 23 milhões. Com relação a saneamento, disse que a baixa execução orçamentária, em termos agregados, estava relacionada à mudança administrativa (nova

equipe e dirigente assumiu recentemente) e ao atraso na análise dos projetos de saneamento. Salientou que esse quadro mudaria em outubro de 2005, com empenho relativo aos convênios e às emendas parlamentares, entretanto, a repercussão, em termos de liquidação, ocorreria após 60 ou 90 dias. Sobre a FIOCRUZ, explicou que a análise da execução orçamentária da Fundação teria que ser feita de forma mais detalhada, já que do seu orçamento (R\$ 567 milhões), R\$ 324,2 milhões, destinados às Farmácias Populares, deveriam ser oriundos da venda de produtos nesses estabelecimentos. Todavia, destacou que esse processo não se deu na velocidade esperada, o que justificava a baixa execução orçamentária. Explicou que, excluindo as Farmácias Populares, a FIOCRUZ teve uma liquidação de 60% dos recursos. Sobre a carência nutricional, explicou que houve atraso na negociação do convênio com a Fundação para produção de medicamento de combate para carência nutricional, contudo, no dia anterior, havia sido feito o repasse do recurso para a FIOCRUZ. A respeito da saúde bucal, ressaltou que o processo licitatório estava *subjudice* há cinco meses, o que estava atrasando o repasse de recursos. Todavia, ressaltou que a dotação para o programa era de R\$ 124 milhões, sendo R\$ 120 milhões para despesa de custeio e R\$ 4 milhões para investimentos – dos quais foi utilizado R\$ 1,5 milhão para implantação do programa em estados. Disse que também seriam incluídas nessa ação as despesas com a implantação dos Centros de Especialidades em Odontologia. A respeito da Agência Nacional de Saúde Suplementar, explicou que a receita arrecadada diretamente era oriunda de taxas pagas pelas seguradoras e o Ministério alocava recursos do Tesouro para pagamento de salários e auxílios dos servidores, uma vez que a Agência não era autofinanciada. Na sequência, o consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**, informou que a SPO comprometeu-se a entregar, naquela reunião, justificativa para a inclusão das despesas com o Programa Bolsa-Alimentação como ações e serviços públicos de saúde. Acrescentou que esse item apresentou baixa execução por conta da suplementação de R\$ 1,2 bilhão, em 30 de setembro de 2005. Após esses esclarecimentos, foi aberta a palavra para segunda rodada de questionamentos. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** perguntou à área específica quais os motivos da baixa liquidação do item vacinas e vacinação e manifestou preocupação com o nível inadequado de liquidação dos recursos destinados a programas que, na sua concepção, eram estruturantes - PROESF, PROFAE e PITS (voltados à formação dos trabalhadores) e Atenção à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem – a ANVISA e a GHC (Atenção Hospitalar de Unidade). Conselheiro **João Cândido da Silva** solicitou aparte para destacar a necessidade de fortalecer os municípios, que eram os responsáveis pela execução das políticas de saúde e oferecer maiores incentivos a programas efetivos, executados na ponta (PSF e PITS, por exemplo), na perspectiva de mudar o atual modelo assistencial. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** chamou a atenção para a necessidade de definir políticas para todos os trabalhadores da saúde e não apenas para um público específico, como os que atuavam no Programa Saúde da Família. Conselheira **Noemy Tomita** disse que as grandes cidades também tinham sérios problemas de falta de assistência à saúde, em especial as periferias e ilustrou citando o exemplo da Zona Leste de São Paulo. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** destacou o fato de não haver políticas voltadas às pessoas com deficiências associadas à alimentação e nutrição. Conselheira **Marisa Fúria** salientou a necessidade de os CAPs terem profissionais capacitados para atender as pessoas com deficiência. Concluído esse bloco, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** convidou para compor a mesa os representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde que estavam presentes à reunião, a fim de que respondessem aos questionamentos do Plenário. A representante da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, **Aide de Souza**, falou sobre o item 18 (Vacinas e Vacinação), destacando que o percentual de empenho estava adequado e a baixa liquidação estava relacionada ao fato de que parte da execução de 2005 referia-se a Restos a Pagar de 2004, decorrentes de convênios assinados no ano passado. Disse que os novos convênios ainda estavam sendo assinados, o que justifica a baixa liquidação. Com a anuência do Plenário, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** abriu a palavra para outros questionamentos sobre o item vacinas e vacinação. Conselheira **Marisa Fúria** perguntou se a vacina contra catapora constava no calendário básico de vacinação. Conselheiro **João Cândido da Silva** solicitou que fosse apresentado ao Plenário o quadro de desempenho de cada estado em relação à cobertura vacinal. Conselheira **Maria Thereza Antunes** perguntou quais eram as vacinas importadas. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** solicitou esclarecimentos sobre a execução dos recursos da área de recursos humanos do Ministério da Saúde voltados à capacitação de profissionais na área de humanização e vacinação. Em resposta às intervenções, a representante da SVS/MS, **Aide de Souza**, explicou que na ação específica “Vacinação da população” estava prevista a capacitação dos profissionais de saúde, inclusive com reserva de recurso. Além disso, destacou que a capacitação estava sendo descentralizada para os estados e, por isso, não aparecia na execução orçamentária do Ministério. Contudo, disse que buscava fazer o levantamento desses dados para serem apresentados ao Conselho. Além disso, destacou que buscava respostas com as áreas técnicas responsáveis para os questionamentos específicos dos conselheiros sobre cobertura vacinal. Em seguida, o representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, **Wilson Aguiar Filho**, prestou esclarecimentos sobre os Programas PITS e o PROFAE, destacando que o primeiro fora extinto em 2003 e a última etapa do PROFAE se encerraria em outubro

de 2005, o que explicava a baixa execução orçamentária. Também se comprometeu a buscar informações mais detalhadas com a área técnica responsável. Conselheiro **Luiz Augusto Martins** chamou a atenção para a importância da presença de representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde no Plenário do CNS durante a apreciação da análise da execução orçamentária, por entender que facilitava a definição de encaminhamentos. Desse modo, solicitou que essa fosse uma dinâmica constante do Conselho. Conselheiro **José Eri Medeiros** salientou a necessidade de priorizar a área da saúde, em especial a sua força de trabalho, com redistribuição de valores visando à definição de uma carreira SUS. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** comprometeu-se a verificar a possibilidade de garantir a presença de técnicos do Ministério da Saúde durante as reuniões do CNS, em especial no debate sobre a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. Também apelou às entidades integrantes do CNS que voltassem esforços para garantir a realização da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que iria discutir as questões relacionadas aos recursos humanos da saúde. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou se o Ministério da Saúde possuía Plano de Emergência para combater uma eventual pandemia de gripe aviária no país. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** salientou a necessidade de discutir a urgência como uma das portas de entrada do SUS e verificar como estava sendo tratada a humanização dos servidores públicos e privados da saúde. O representante da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, **Sérgio Roberto Souza**, informou que na próxima reunião do Conselho a SVS apresentaria seu plano de ação para surtos imediatos, inclusive o orçamento destinado para essa ação. Em relação ao item 32 (Atenção à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem), explicou que a baixa execução era decorrente do atraso na definição de convênios. Além disso, destacou que também havia outras ações voltadas a esses grupos (mulher, criança, adolescente e jovem) em outros programas e ações do Ministério da Saúde. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** destacou que o nível inadequado de empenho e liquidação de valores de itens/programas e unidades do Ministério da Saúde causava grande preocupação. Além disso, ressaltou que a ausência de técnicos responsáveis por algumas áreas dificultava a definição de encaminhamento. Nesse sentido, consultou o Plenário se havia acordo sobre a proposta de recomendar ao Ministro de Estado da Saúde que seja garantida a presença das equipes técnicas responsáveis pelos itens/programas e unidades com baixa liquidação, durante o debate da execução orçamentária do Ministério da Saúde, para prestarem esclarecimentos que facilitem a definição de encaminhamentos, pelo Plenário do CNS. O Plenário manifestou-se favorável ao encaminhamento e os conselheiros apresentaram outras sugestões. Conselheiro **João Cândido da Silva** propôs que o Plenário se manifestasse contrário à inclusão das despesas com o Programa Bolsa-Alimentação como ações e serviços públicos de saúde para fins de cumprimento da EC nº 29. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que fosse solicitada audiência com o Sr. Presidente da República, Ministros de Estado da Fazenda, Planejamento e Casa Civil para tratar sobre a regulamentação da EC nº 29 (aprovação do PLC 01/03). Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que o Plenário se manifestasse contrário à inclusão das despesas com lixo como ações e serviços públicos de saúde para fins do cumprimento da EC nº 29, conforme solicitação por carta dos senadores **Ney Suassuna** e **José Maranhão**. Em seguida, a integrante da COFIN/CNS, **Ana Cristhina de Oliveira Brasil**, fez a leitura da proposta de recomendação ao Ministério da Saúde e à FUNASA para que sejam observados os critérios estabelecidos pela Portaria Interministerial nº 94/Ministério das Cidades/Ministério da Saúde, de 4 de março de 2005, para alocação de recursos destinados ao Projeto de Saneamento Ambiental em Regiões Metropolitanas, entre outros. **Após considerações sobre os encaminhamentos, o Plenário deliberou por: 1) aprovar, com três abstenções, a execução orçamentária do terceiro trimestre de 2005 do Ministério da Saúde, com ressalva para os itens com baixo nível de empenhamento e liquidação que não foram objeto de esclarecimentos pelas respectivas áreas técnicas do Ministério da Saúde; 2) solicitar a presença de técnicos das áreas do Ministério da Saúde que apresentarem baixo nível de execução orçamentária nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde para prestarem esclarecimentos; 3) manifestar-se contrário à proposta de computar as despesas referentes ao item 7 (Bolsa-Alimentação) para o cálculo do cumprimento da EC nº 29, implicando na revisão dos efeitos sobre o valor de aplicação mínima com ações e serviços públicos de saúde decorrentes da suplementação orçamentária promovida pela Medida Provisória nº 261/05 para o Ministério da Saúde; 4) solicitar audiência com o Presidente da República, Ministros da Fazenda, Planejamento e Casa Civil para tratar da regulamentação da EC nº 29 (aprovação do PLC 01/03); 5) reiterar o pedido de audiência com o Presidente do Tribunal de Contas da União para prestar os esclarecimentos relativos ao posicionamento contrário do CNS à inclusão das despesas com Farmácias Populares como ações e serviços públicos de saúde para fins do cumprimento da EC nº 29; 6) aprovar, com uma abstenção, a recomendação ao Ministério da Saúde e à Funasa para que sejam observados os critérios estabelecidos pela Portaria Interministerial nº 94/Ministério das Cidades/Ministério da Saúde, de 4 de março de 2005, para alocação de recursos destinados ao Projeto de Saneamento Ambiental em Regiões Metropolitanas, entre outros; e 7) rejeitar a inclusão das despesas com lixo como ações e serviços públicos de saúde para fins do**

cumprimento da EC nº 29, conforme solicitação por carta dos senadores Ney Suassuna e José Maranhão, bem como encaminhar aos referidos senadores a “Carta Aberta” do CNS elaborada pela COFIN. Definido esse ponto, foram encerrados os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião, estando presentes os seguintes Conselheiros: *Titulares* - Antônio Alves de Souza, Carlos Alberto E. Duarte, Domingos Lino, Francisca Valda da Silva, Francisco das Chagas Dias Monteiro, Graciara Matos de Azevedo, Jesus Francisco Garcia, João Donizetti Scaboli, João José Cândido da Silva, Luiz Augusto Ângelo Martins, Luiz Fernando C. Silva, Maria Helena Baumgarten, Maria Leda de R. Dantas, Mário César Scheffer, Nildes de Oliveira Andrade, Rômulo Maciel Filho, Rosane Maria Nascimento da Silva, Solange Gonçalves Belchior, Urquiza Helena M. Paulino e Wander Geraldo da Silva. *Suplentes*: Ana Cristhina de Oliveira Brasil, Ary Paliano, Ciro Mortella, Cleuza C. Miguel, Fernando Luiz Eliotério, Geraldo Adão Santos, Héder Murari Borba, José Eri Medeiros, José Cláudio dos Santos, Lillian Alické, Maria Irene M. Magalhães, Maria Thereza Almeida Antunes, Marisa Fúria Silva, Noemy Yamaguishi Tomita, Olympio Távora D. Corrêa e Ruth Ribeiro Bittencourt. A Secretária-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz, retomou os trabalhos, dando continuidade à discussão dos itens da pauta. **ITEM 2 – APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DA MINUTA DE RECOMENDAÇÃO SOBRE APOORTE DE RECURSOS PÚBLICOS EM PLANOS DE SAÚDE** – Conselheira Graciara Matos de Azevedo assumiu a coordenação dos trabalhos, convidando para compor a mesa o Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS/MS), Fausto Pereira dos Santos, a integrante da Comissão de Saúde Suplementar (CSS/CNS), Solange Beatriz e o coordenador da CSS/CNS, Conselheiro Mário César Scheffer. Após cumprimentar os convidados, a coordenadora da mesa abriu a palavra ao Conselheiro Mário César Scheffer para apresentação da proposta de recomendação sobre aporte de recursos públicos em planos de saúde. Iniciando, o Conselheiro fez um breve histórico sobre a atuação do CNS no que diz respeito à saúde suplementar. Destacou que, apesar das limitações, o CNS vinha acompanhando a regulamentação do setor, marcada pela aprovação da Lei nº 9.656/98, pela criação e atuação da Agência Nacional de Saúde, edição de sucessivas Medidas Provisórias e várias resoluções normativas. Disse que a reativação da Comissão de Saúde Suplementar do CNS, em 2004, configurou-se em uma tentativa de afirmar a necessidade de a política do setor de saúde suplementar orientar-se pela defesa do direito à saúde e não apenas ocupar-se em ditar regras para o mercado. Acrescentou que, conforme o Plano de Trabalho aprovado na 146ª Reunião Ordinária do CNS, realizada em setembro de 2004, a Comissão de Saúde Suplementar do CNS tinha por atribuição subsidiar a atuação do Conselho Nacional de Saúde nas discussões sobre o aperfeiçoamento da legislação e revisão do espaço institucional de regulamentação da saúde suplementar, bem como a inclusão da assistência médica suplementar na Política Nacional de Saúde. Detalhou que o Plano de Trabalho da Comissão tinha como principais eixos temáticos: o controle social; o financiamento; a regulamentação; e a qualificação da atenção. Disse que, naquele momento, a discussão estava centrada no eixo temático financiamento (recursos públicos envolvidos direta ou indiretamente no mercado de planos de saúde). Lembrou que, na 154ª Reunião Ordinária, realizada no mês de maio de 2005, o Plenário do CNS aprovou o estudo “Aporte de Recursos Públicos para Planos Privados de Saúde: subsídios para a apresentação do tema”, elaborado por ele, em parceria com a Conselheira Graciara Matos de Azevedo e a Professora da UFRJ, Lúgia Bahia, na perspectiva de servir de subsídio para o debate a respeito do aporte de recursos públicos no financiamento de planos de saúde e delegou a CSS/CNS a tarefa de elaborar uma proposta de recomendação, com base no texto, a fim de ser submetida à apreciação e deliberação do Plenário. Feitos esses esclarecimentos, passou à apresentação da minuta de recomendação sobre aporte de recursos públicos em planos de saúde, que apresenta nove itens. Após a leitura da proposta de recomendação, fez uso da palavra o Diretor-Presidente da ANS, Fausto Pereira dos Santos, que, de início, manifestou a sua satisfação em retornar ao CNS para discutir as questões relativas ao setor de saúde. Avaliou que, naquele momento, não seria possível apresentar o Projeto de Qualificação do Setor de Saúde Suplementar por conta da exigüidade de tempo. Desse modo, sugeriu que fosse reservado espaço em uma próxima reunião do CNS para a apresentação do Projeto. Em sendo assim, disse que sua intervenção seria centrada na minuta de recomendação, por entender que seria necessário rever alguns itens. De início, destacou o item 3, que dispõe sobre a legislação do setor, planos novos e antigos, exclusão de coberturas, entre outros. De início, informou que fora apresentada à Comissão de Seguridade Social a proposta de apensar os mais de quinhentos Projetos de Leis sobre saúde suplementar, em tramitação no Congresso Nacional, a fim de transformá-los em um substitutivo, tendo sido destacado como relator o Presidente da Comissão de Seguridade Social, Benedito Dias, do PT/AMAPÁ. Disse que a elaboração do substitutivo pressupunha a reformulação da Lei nº 9.656/98, assim, propôs que o CNS, por meio da Comissão de Saúde Suplementar, participasse e acompanhasse desse processo, uma vez poderiam ser tratadas várias questões colocadas na recomendação. Em relação aos contratos novos e antigos, disse tratar-se de uma questão complexa que não seria equacionada com lei do Congresso Nacional porque, naquele momento, havia um problema jurídico, decidido pelo Supremo Tribunal Federal, de inconstitucionalidade de retroatividade sobre aspectos específicos proibidos em contratos. Lembrou que a Agência tomou uma

série de iniciativas, inclusive lançou o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (PIAC), em 2004, e atualmente 4,5 milhões pessoas saíram dos planos antigos e foram para planos novos. Diante disso, sugeriu que essa questão dos planos novos e antigos não constasse de nenhuma iniciativa, entendendo que o incentivo à adaptação dos contratos deveria ser uma política prioritária dos atores envolvidos no setor de saúde suplementar. Sobre o atendimento nas urgências e emergências, disse que a ANS possuía grupo de discussão sobre o tema e comprometeu-se a repassar os resultados desse debate à Comissão de Saúde Suplementar do CNS. Enfim, propôs que o CNS delegasse à Comissão de Saúde Suplementar o acompanhamento sistemático da elaboração do substitutivo e definisse mecanismos para que esse processo se desse de forma transparente e pública. A propósito do item 7, que trata sobre o ressarcimento do SUS, explicou que o ressarcimento poderia ser feito somente quando houvesse previsão contratual. Sobre o item 10, manifestou-se contrário à proposta de assinatura obrigatória do contrato de gestão a cada ano e sugeriu que fosse recomendada a apresentação do relatório anual de cumprimento das metas dos contratos ao Plenário do CNS. Em relação ao orçamento da Agência, explicou que, em 2005, a ANS chegaria ao patamar de 70% de arrecadação, apesar de continuar tendo problemas orçamentários. Acrescentou que os recursos do Tesouro Nacional, repassados à Agência, eram voltados para pagamento de pessoal. Por fim, manifestou concordância com a recomendação à Agência de que aprimorasse os seus mecanismos de arrecadação no sentido de tornar-se auto-sustentável. Prosseguindo, falou sobre o item 11 da recomendação, que, na sua visão, era o mais polêmico. Iniciou destacando que, ao contrário do exposto na recomendação, a ANS não fazia nenhum esforço para ajudar ou salvar empresas com dificuldades econômicas e financeiras. Explicou que para regular o mercado, que era absolutamente desigual, a Agência optou por fazer um processo de aprimoramento e depuração do setor, retirando gradualmente empresas dele. Com isso, a Agência deparava-se com o fato: o que fazer com os beneficiários da empresa liquidada. Como saída, ressaltou que a ANS propôs a criação de incentivos, com regras de mercado, para que empresas pudessem assimilar as carteiras das empresas liquidadas, a partir de um processo de incorporação e fusão, sem dinheiro público e que empresas com recursos a receber pudessem fazer algum tipo de securitização, por meio de banco privado. Sobre essa questão, destacou que a ANS defendia a auto-sustentabilidade do setor de saúde suplementar, mas entendia que tinha a atribuição de atuar como facilitadora no sentido de oferecer um mercado de plano de planos e serviços seguro à sociedade. Na sequência, foi aberta a palavra à integrante da Comissão de Saúde Suplementar, **Solange Beatriz**, que se apresentou na condição de nova conselheira do CNS e manifestou a sua satisfação em participar, pela primeira, da reunião do CNS. Em seguida, falou sobre o setor de saúde suplementar, destacando a necessidade de o CNS definir claramente qual o papel desse setor no âmbito do SUS - as regras, as fronteiras e o marco regulatório. Também destacou que, do ponto de vista legal, cabia à Agência a atribuição de buscar mecanismos para propiciar a solidez do setor de saúde suplementar, com definição, inclusive, das regras de fusão das empresas. Em relação ao financiamento, defendeu que houvesse uma compensação para as empresas que adquirissem as carteiras (grupo de pessoas que compram serviços de saúde) de outras empresas liquidadas, pois a adquirente teria prejuízos, pelo menos no início. Finalizando, disse que era preciso discutir alternativas para reduzir os custos dos serviços, garantindo-se a qualidade, tanto no setor público quanto no privado. Na sequência foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** chamou a atenção para o papel regulador da ANS em defesa dos interesses da sociedade e, nessa linha, perguntou como a Agência trataria a questão dos planos de saúde que tinham preço muito baixo e poderiam trazer prejuízos a seus beneficiários e ao mercado de saúde suplementar. Também destacou a importância de se considerar a diferenciação entre planos de saúde e seguradoras nesse debate. Por fim, solicitou que o Diretor-Presidente da ANS se pronunciasse sobre a revisão da Classificação Brasileira e Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), que inclui novos procedimentos em benefício da sociedade. Conselheiro **Ciro Mortella**, a princípio, perguntou como a CCS/CNS encaminhou os pontos da recomendação sob os quais não houve consenso. Em seguida, destacou o último item dos considerandos para ponderar se o trecho “subsídios financeiros originados de fontes públicas e sociais” seria o mais apropriado para expressar o que se pretendia. Também citou os itens 1, 4 e 9 para sugerir que, antes de qualquer recomendação, fossem realizados os estudos, conforme sugeria os textos. Sobre o item 11, propôs a substituição do termo “Estado” por “Agência”, já que o papel do Estado era mais amplo do que o tratado na recomendação. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** concordou que cabia ao CNS, por meio da Comissão de Saúde Suplementar, acompanhar a elaboração do substitutivo que apensaria os Projetos de Leis sobre a saúde suplementar, em tramitação no Congresso Nacional. Em relação às empresas adquirentes de carteiras de empresas liquidadas, defendeu que a compensação não fosse feita com recurso público. Entendendo a necessidade de aprofundar o debate sobre aspectos do setor de saúde suplementar, inclusive o papel desse setor no âmbito do SUS, sugeriu que o tema voltasse à pauta do CNS posteriormente. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** destacou a necessidade de os planos de saúde serem parceiros reais na garantia da saúde do povo, com definição de estratégias voltadas à educação para a saúde. Conselheira **Francisca Valda da Silva** salientou a

necessidade de definição de mecanismos que regulem a relação público/privado e defendeu a constituição de redes de proteção e defesa dos interesses dos indivíduos. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** solicitou aparte para registrar louvação ao Dia do Médico, 18 de outubro. Concluído esse bloco de intervenções, foi aberta a palavra à mesa para esclarecimentos. Conselheiro **Mário César Scheffer** comentou as considerações e sugestões dos conselheiros ao texto e, de imediato, acatou algumas delas. Seguindo, o Diretor-Presidente da ANS, **Fausto Pereira dos Santos**, explicou que, no Brasil, as seguradoras eram operadoras de planos de saúde. Também registrou a preocupação da Agência com o processo de subprecificação de planos de saúde, porque, dentre outros aspectos, gerava uma concorrência predatória e trazia prejuízos à população. Para tentar combater a questão, disse que a Agência determinou que as empresas, no ato do registro, deveriam apresentar um plano demonstrando a viabilidade de seu empreendimento. Em relação a CBHPM, disse que a Agência possuía um grupo de discussão sobre a reedição do rol, contudo, as entidades continuariam a reformular as suas tabelas que seriam vistas pelo órgão regulador e incorporadas à medida que se verificasse que não alteraria o equilíbrio interno dos planos de saúde. Também explicou que a incorporação das carteiras poderia ser feita de forma voluntária – venda por livre decisão do proprietário - ou compulsoriamente – por determinação da ANS. A propósito, disse que a Agência vinha discutindo a possibilidade de linha de financiamento para os casos de não haver compradores interessados nas carteiras que deveriam ser vendidas por determinação da ANS, sem utilizar recurso público para isso. Também salientou que a promoção da saúde era uma das preocupações da Agência e estavam sendo desenvolvidas iniciativas nesse sentido. Por fim, destacou que a ANS tinha que produzir regras genéricas para defender os direitos difusos, porque o direito do consumidos não era suficiente para resolver os problemas do setor de saúde suplementar, que era extremamente complexo. Conselheira **Solange Beatriz** comentou a questão dos planos de saúde para servidores públicos, propondo que a opção preferencial da alocação de recursos públicos a instituições públicas ou de caráter não lucrativo fosse feita respeitando-se a lei de licitação. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou que o debate sobre a saúde suplementar era extremamente complexo e não se esgotaria naquele momento. Em relação à recomendação, propôs que a Comissão reformulasse o texto, a partir das contribuições do Plenário, a fim de que pudesse ser submetida à apreciação e votação na próxima reunião do CNS. Também enfatizou a necessidade de reservar espaço na pauta do CNS para apresentação do Plano de Qualificação do Setor de Saúde Suplementar. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** solicitou que a CSS/CNS aprofundasse o debate sobre a CBHPM e colocou-se à disposição para participar dessa discussão. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** sugeriu que o Plenário aprovasse a minuta de recomendação naquele momento, já que não havia discordância sobre o seu mérito. Conselheiro **Mário César Scheffer** sugeriu que o Plenário aprovasse o mérito da recomendação, indicando a re-elaboração dos itens destacados que não apresentavam polêmicas (3, 7 e 9), a partir das contribuições dos conselheiros e aprofundasse a discussão do item 11, por haver discordância em relação ao mérito. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** endossou o encaminhamento proposto pelo Conselheiro **Mário César Scheffer** e propôs que no item 9 fosse incluído trecho, determinando que a contratação dos serviços de saúde seria feita respeitando-se a Lei nº 8.080/90. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** sugeriu que fosse incluído item na recomendação, detalhando como a ANS atuaria na mediação da relação entre as operadoras e prestadores de serviços. Conselheiro **Mário César Scheffer** destacou que a questão era pertinente, mas não cabia naquela minuta. **Após considerações, o Plenário aprovou o mérito da recomendação e indicou a reformulação dos itens destacados pelo Plenário (3, 7 e 9), a partir das contribuições dos conselheiros. O texto final seria submetido à apreciação do Plenário no segundo dia de reunião.** Em relação item 11, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** colocou em discussão as duas propostas de redação: a original e a proposta pelo Diretor-Presidente da ANS. Em não havendo consenso, abriu a palavra ao Conselheiro **Mário César Scheffer** e ao Diretor-Presidente da ANS para defesa das suas propostas. Feita a defesa, colocou em votação as duas propostas: **1)** redação original: “O CNS posiciona-se contrariamente ao esforço do governo federal e da ANS para viabilizar, ainda que indiretamente e no papel de facilitador, a ajuda financeira às empresas de planos de saúde em dificuldade econômica. O CNS entende que não compete a ANS contribuir para conferir suporte, ainda que legal, para obtenção de linhas de créditos, promover fusões ou tonificar empresas declaradamente endividadas, insolventes e, em alguns casos, notoriamente mal administradas e prestadoras de serviços de má qualidade. A regulação da saúde suplementar deve contribuir para a consolidação do SUS e para o re-ordenamento das relações entre mercado de planos e serviços privados de saúde e a sociedade. As empresas privadas que pretendam atuar mediante as regras de mercado no campo da saúde não devem contar com mecanismos de apoio e suportes financeiros do Estado, mesmo que indiretamente.”; e **2)** redação proposta pelo Diretor-Presidente da ANS – manutenção do item com as seguintes alterações: exclusão do primeiro período “O CNS posiciona-se contrário ao esforço do Governo Federal e da ANS para viabilizar, ainda que indiretamente e no papel de facilitador, a ajuda financeira às empresas de planos de saúde em dificuldade econômica.”; e inclusão do seguinte trecho “Cabe a ANS acompanhar a situação econômica financeira

das empresas de modo a garantir a continuidade da assistência prestada aos beneficiários.” **A proposta número um recebeu 21 votos a favor. A proposta número dois, três votos. Uma abstenção. Diante desse resultado, foi mantida a redação original do item 11.** Sobre a proposta do Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro**, foi acordado que seria discutida pela CSS/CNS, garantindo-se a participação do seu autor, como convidado. Os itens 3, 7 e 9 da recomendação seriam submetidos à apreciação do Plenário no segundo dia de reunião. Definidos esses pontos, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** encerrou a discussão do item, agradecendo a presença do Dr. **Fausto dos Santos** e dos demais componentes da mesa. Seguindo, foi iniciada a discussão do item 3 da pauta. **ITEM 3 – CONFERÊNCIAS TEMÁTICAS DE SAÚDE** – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, assumiu a coordenação do trabalho, convidando a Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, **Maria Helena Machado** e a Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** para apresentação de informe sobre o processo organizativo da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, **Maria Helena Machado**, informou que o material de divulgação da Conferência fora concluído, tendo sido confeccionados 40 mil folderes, 12 mil cartazes e 47 mil exemplares do Documento-Base. Disse que, após apresentação ao CNS, o material seria enviado aos Conselhos Estaduais de Saúde. Além disso, comunicou a distribuição de cópia da Portaria que institui as comissões da Conferência e a agenda das etapas municipais e estaduais, com as conferências realizadas e marcadas. Detalhou pontos da agenda, com destaque para a realização de conferências regionais, a exemplo de Santa Catarina, apesar de o Regimento Interno não prever esse tipo de conferência e o fato de os estados não estarem informando a realização das conferências, apesar do apelo da comissão organizadora. Destacou que a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), com o apoio da Secretaria-Executiva do CNS, estava acompanhando todas as conferências estaduais e municipais, no sentido de garantir a realização da etapa nacional na data prevista e com êxito. Na sequência, a Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** explicou que, em face da dificuldade dos municípios em realizar suas Conferências, a comissão organizadora da Conferência optou por trabalhar com público-alvo, ou seja, municípios com mais de 50 mil habitantes e com mais de 500 empregos para que se mobilizem e realizem as etapas municipais da conferência. Disse que a SGTES faria a lista dos municípios com esse perfil e a comissão definiria as iniciativas de mobilização. Além disso, conclamou os conselheiros a contribuir nesse processo de mobilização para que municípios e estados realizem as suas conferências, assegurando o debate do Documento-Base e da NOB/RH-SUS. Além disso, salientou a importância da participação do setor de Recursos Humanos do Ministério da Saúde na comissão organizadora. Conselheiro **José Eri Medeiros** destacou que a Conferência deveria discutir além das questões temáticas, os problemas estruturais do sistema, na perspectiva de encontrar soluções, inclusive apontando a responsabilidade das três esferas de gestão do ponto de vista financeiro. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** aproveitou a oportunidade para destacar que as conferências de saúde e os conselhos de saúde, conforme a Lei nº 8.142/80, deveriam ser compostos por quatro segmentos – usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços. No entanto, as conferências adotavam a Resolução nº 333 do CNS, que aponta composição tripartite, para definir as suas delegações. Disse que era preciso discutir essa questão, a fim de evitar problemas futuros. **Foi acordado que a CCG discutiria a questão levantada pelo Conselheiro Francisco das Chagas Monteiro.** Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** retomou a palavra para destacar que as conferências municipais poderiam ser realizadas até dezembro de 2005. Após esse informe, houve um intervalo para o café. Retomando, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz** e o Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** falaram sobre o processo final de organização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. A princípio, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, tratou sobre a composição da delegação da Conferência. Em relação aos convidados, informou que o Ministério Público do Trabalho de Minas Gerais solicitou a disponibilização de dez vagas para participação de seus representantes na condição de convidado, porém, a Coordenação-Geral, para garantir a paridade, sugeriu que fossem disponibilizadas oito vagas para a representação do Ministério Público do Trabalho como um todo. Com isso, restariam 144 vagas das 152 destinadas aos convidados, que seriam distribuídas da seguinte forma: 72 para o segmento dos usuários; 36 para os trabalhadores da saúde; e 36 para gestores e prestadores de serviço. Todavia, disse que havia outras solicitações de garantia de vagas. Sugeriu que, caso houvesse acordo sobre essa composição, os segmentos indicassem os responsáveis por indicar os nomes para convidados e o prazo para isso. **A propósito, o Plenário decidiu que a escolha dos delegados convidados para ocupar as vagas destinadas ao segmento dos usuários seria feita pelos conselheiros Wander Geraldo da Silva, Irene Monteiro Magalhães, Jesus Francisco Garcia, João Donizeti Scaboli e Maria Helena Baumgarten.** A escolha dos delegados convidados do segmento dos trabalhadores seria feita pelas Conselheiras **Rozângela Fernandes Camapum** e **Ana Crsthina de Oliveira Brasil**. As indicações deverão ser feitas até o dia 31 de outubro de 2005. Os gestores e prestadores de serviço já haviam enviado os nomes dos seus convidados. Em relação aos indicados, explicou que

seriam destinadas 228 vagas distribuídas da seguinte forma: **a)** usuários – 57 vagas; **b)** trabalhadores da saúde – 37 vagas; **c)** gestores e prestadores de serviço – nove vagas; **d)** Conselho Nacional de Saúde – 44 vagas (definidas com previsão de nova composição do CNS); **e)** Indígenas – 36 vagas divididas paritariamente entre os segmentos; **f)** CTPP: Governo/Entidades Patronais – dez vagas e Usuários – cinco vagas; e **g)** CNPS: Governo/Entidades Patronais – dezoito vagas e Usuários – doze vagas. Destacou que as passagens dos indicados deveriam ser financiadas pelas entidades que os indicassem. Havendo consenso sobre essa distribuição, solicitou que também fossem definidos os responsáveis pela indicação dos nomes e o prazo para isso. **O Plenário decidiu que a definição dos delegados indicados para ocupar as vagas destinadas ao segmento dos usuários seria feita pelo grupo indicado (conselheiros Wander Geraldo da Silva, Irene Monteiro Magalhães, Jesus Francisco Garcia, João Donizeti Scaboli e Maria Helena Baumgarten) e as Conselheiras Rozângela Fernandes Camapum e Ana Cristhina de Oliveira Brasil seriam as responsáveis por indicar os nomes dos delegados indicados do segmento dos trabalhadores. As indicações também deveriam ser feitas até o dia 31 de outubro de 2005.** O segmento dos gestores e prestadores de serviço já havia indicado os nomes. **Além disso, acordou-se que o CONASS e CONASEMS conversariam com o coordenador da CNST, Marco Perez, sobre as vagas destinadas a CTPP e CNPS.** A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, solicitou que fosse designado conselheiro para fechar a lista final de delegados. **O Plenário designou a Conselheira Rosane Nascimento da Silva para participar do grupo que irá fechar a lista de delegados no dia 31 de outubro de 2005, a partir das 14 horas. Até o final da reunião seriam indicados outros nomes, caso o Plenário julgasse necessário.** Definido esse ponto, a Secretária-Executiva do CNS passou à programação da Conferência. A princípio, apresentou a proposta de composição da mesa para a solenidade de abertura, sendo: representante do CNS; Conselheiros (representação dos três segmentos); Coordenação-geral da Conferência; Ministros; e Presidência da República. Acatada a proposta, solicitou a indicação de um nome para representar o CNS na referida mesa e de um conselheiro representante dos usuários e outro dos trabalhadores, pois já havia representação do segmento dos gestores e prestadores na mesa. **O Plenário indicou o Conselheiro Jesus Francisco Garcia como representante do CNS na mesa de abertura. Os segmentos fariam a indicação dos nomes o mais breve possível.** Seguindo, a Secretária-Executiva do CNS passou a tratar dos painéis temáticos a serem realizados durante a etapa nacional da Conferência. Disse que era preciso definir os nomes para os painéis, lembrando que seriam realizados dois para cada eixo temático. Além disso, comunicou que o FENTAS enviara nomes para representar o segmento dos trabalhadores nos painéis. Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** sugeriu que a composição dos painéis fosse paritária. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** propôs que os painéis fossem compostos por, no máximo, quatro pessoas. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou a solicitação do coordenador da conferência de que fosse contemplada a participação dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social, de forma paritária, em todos os painéis. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que participasse do painel o Ministério que tivesse maior afinidade com o eixo temático, visto que não era possível contemplar os três em cada painel. **Após considerações, o Plenário definiu que cada painel seria composto por, no mínimo, três pessoas e, no máximo, quatro. Os Conselheiros João Donizeti Scaboli, Jesus Francisco Garcia e Solange Gonçalves Belchior foram designados para reunir-se com o Secretário Marco Perez até a manhã do dia 20 de outubro de 2005, a fim de definir os critérios de composição dos painéis (paridade por painel ou eixo temático) e fechar os nomes.** Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou informe sobre a distribuição dos stands da Conferência. **Atendendo a solicitação da Conselheira Graciara Matos de Azevedo, a Secretaria-Executiva do CNS verificaria a possibilidade de disponibilização de espaço para o FENTAS.** Na sequência, Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** fez a leitura de recomendação da CIST/CNS ao Plenário do CNS propondo: que seja solicitada manifestação oficial do Ministério do Trabalho e Emprego sobre o episódio ocorrido em São Paulo em que, por ato de uma chefia da sessão da DRT, a entidade deixou de participar das conferências municipais de São Paulo, com a possibilidade de não participar das etapas estadual e nacional; que seja solicitado compromisso do Ministério do Trabalho e Emprego, por meio das DRTs nos Estados, na contribuição de ações conjuntas com outros setores para controlar a precariedade das condições e dos ambientes de trabalhos que resultam em acidentes, doenças responsáveis por afastamento dos trabalhadores; e que reivindique do Ministério do Trabalho e Emprego propostas que caminhem na direção da universalidade das ações intersetoriais que garantam ambientes e condições de trabalho saudáveis. Contudo, ponderou que a recomendação poderia ser intempestiva, já que a conferência de São Paulo havia sido realizada. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** sugeriu que fosse feita a busca das últimas informações sobre esse processo para definição de encaminhamento. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que o Plenário consultasse o Ministro do Trabalho e Emprego sobre a ausência da DRT de São Paulo na Conferência Estadual. **Sobre essa questão, o Plenário decidiu solicitar manifestação oficial do Ministro do Trabalho e Emprego sobre a**

ausência da DRT de São Paulo na Conferência Estadual para, em seguida, posicionar-se. Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, comunicou o Plenário sobre o pleito do Conselho Estadual do Rio Grande do Sul solicitando que os coordenadores estaduais participem da Conferência Nacional, na condição de convidados. **O pleito foi indeferido, já que não seria possível garantir a paridade. Além disso, o Plenário ratificou que seriam destinadas 44 vagas para o CNS, sendo quarenta destinadas aos conselheiros titulares e quatro aos conselheiros suplentes interessados em participar da Conferência.** Em relação à 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, o Plenário concordou com a proposta de apreciar o Documento-Base no segundo dia de reunião, após a mobilização na Câmara dos Deputados. Antes de passar ao último ponto de discussão daquele dia, Conselheiro **Antônio Alves de Souza** convidou o CNS para participar, no dia seguinte, 19 de outubro de 2005, da solenidade de entrega, pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Prêmio “Experiências Exitosas em Trabalho na Área de Gestão Participativa” e da inauguração, pelo Ministro de Estado da Saúde, da exposição do retrato do Sr. **Sérgio Arouca** na Galeria dos Sanitaristas. **ITEM 4 – PROCESSO ELEITORAL DO CNS** – Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou que, até aquele momento, o decreto de convocação das eleições do Conselho não havia sido publicado e o mandato dos conselheiros se encerraria no dia 31 de dezembro de 2005. Lembrou que a eleição seria realizada após 75 dias da publicação do decreto e a posse, após quinze dias da eleição. Assim, ainda que o decreto fosse assinado naquele dia, a eleição ocorreria no mês de janeiro de 2006, sendo necessária nova prorrogação do mandato dos conselheiros, o que, na sua visão, seria muito negativo para o Conselho. Desse modo, sugeriu que a eleição do CNS fosse realizada nos moldes anteriores à definição da nova composição do CNS, antes do encerramento do atual mandato, a fim de evitar questionamentos das bases. Explicou que essa proposta não invalidaria a continuidade dos encaminhamentos em relação à nova composição do CNS e o formato para a escolha de seus integrantes. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que o processo eleitoral do CNS fosse um dos pontos da audiência com o Presidente da República, que seria solicitada pelo CNS. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** defendeu que o CNS convocasse as eleições e iniciasse a preparação do processo eleitoral, evitando uma nova prorrogação de mandato. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** sugeriu que a assessoria jurídica do CNS fosse consultada no sentido de verificar se havia impedimento legal em convocar as eleições, sem a publicação do decreto presidencial. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** disse que o Ministro de Estado da Saúde havia assumido o compromisso de assinar o decreto até o dia seguinte, 19 de outubro de 2005, para ser encaminhado à Casa Civil. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que, para convocar as eleições no formato definido pelo CNS, seria necessário publicar o edital de convocação das eleições no Diário Oficial da União (DOU), para dar publicidade ao processo. Explicou que a base para a elaboração desse edital seria o Regimento Interno, devendo este ser publicado no DOU na forma de resolução. Acrescentou que esta resolução teria que ser assinada pelo Ministro de Estado da Saúde e teria por base o decreto presidencial, instituindo a nova composição do CNS e definindo as regras para a eleição. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, primeiramente, manifestou a sua frustração diante do atraso das eleições e concordou que uma nova prorrogação do mandato traria prejuízos à imagem do CNS. Todavia, ponderou que a realização das eleições, sem a publicação do decreto, não teria respaldo jurídico. Assim, diante da fala do Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, sugeriu que o Plenário aguardasse a fala do Ministro da Saúde, no segundo dia de reunião do CNS, para tomar os encaminhamentos sobre a eleição do CNS. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** disse que, caso o decreto fosse assinado e encaminhado ao Palácio do Planalto, faria articulação para agilizar a assinatura pelo Sr. Presidente da República. Nesse sentido, sugeriu a designação de um grupo para dar andamento ao processo *ad referendum* do Plenário, a partir da assinatura do decreto presidencial, sem aguardar a próxima reunião do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que o Regimento Interno e o edital de convocação das eleições já estavam prontos e a comissão eleitoral definida, aguardando apenas a publicação do decreto para encaminhar o processo. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que o decreto presidencial fosse publicado com data retroativa, a fim de se garantir a realização da eleição antes do encerramento do atual mandato dos conselheiros. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sugeriu que, no dia seguinte, o Plenário solicitasse ao Ministro de Estado da Saúde a assinatura imediata do decreto presidencial e a definição de cronograma para a eleição. Caso isso não seja possível, propôs que fosse verificasse a possibilidade de realizar eleição, o mais breve possível, nos moldes que vinha sendo feita e, no decorrer do novo mandato, o Conselho discutiria a proposta de nova composição e de formato das eleições. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que não era possível publicar o decreto presidencial com data retroativa, pois era preciso tempo para realizar as ações prévias à eleição – inscrição, recurso, divulgação da lista, entre outras. Conselheiro **Volmir Raimondi** sugeriu que o Plenário divulgasse nota de esclarecimento, justificando o atraso na realização das eleições do Conselho. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que, ao deflagrar o processo eleitoral, o calendário das atividades dos CNS teria que ser revisto. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** registrou que nas últimas duas reuniões do CNS os conselheiros solicitaram

formalmente ao Ministro de Estado da Saúde o encaminhamento do decreto eleitoral e o mesmo comprometeu-se a encaminhar a questão, o que demonstrava que o atraso das eleições não era de responsabilidade do CNS. **Diante dessas considerações, o Plenário decidiu aguardar o pronunciamento do Senhor Ministro de Estado da Saúde sobre os encaminhamentos em relação ao decreto para, em seguida, definir os próximos passos. Além disso, delegou à Comissão de Coordenação-Geral/CNS a tarefa de redigir nota de esclarecimento, explicitando os motivos do atraso da eleição, a ser enviada aos Conselhos de Saúde e divulgada nas conferências da saúde.** Definido esse ponto, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião, estando presentes os seguintes conselheiros: **Antônio Alves de Souza, Carlos Alberto E. Duarte, Domingos Lino, Francisca Valda da Silva, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas Dias Monteiro, João Donizeti Scaboli, João José Cândido da Silva, Luiz Augusto Ângelo Martins, Maria Helena Baumgarten, Maria Leda de R. Dantas, Nildes de Oliveira Andrade, Rosane Maria Nascimento da Silva, Solange Beatriz P. Mendes, Solange Gonçalves Belchior, Urquiza Helena M. Paulino, Volmir Raimondi e Wander Geraldo da Silva.** *Suplentes: Ary Paliano, Ciro Mortella, Cleuza C. Miguel, Fernando Luiz Eliotério, Geraldo Adão Santos, José Cláudio dos Santos, José Eri Medeiros, Lílían Alicke, Maria Thereza Almeida Antunes, Maria Thereza M. C. Rezende, Mário César Scheffer e Noemy Yamaguishi Tomita.* Iniciando os trabalhos do segundo dia de reunião, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, anunciou a presença da Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, **Maria Goreti**. Em seguida, passou à apresentação do item informes e indicações. **ITEM 6 - INFORMES E INDICAÇÕES – Expediente: 1)** Minuta de Resolução do Grupo de Trabalho DST/AIDS que propõe a transformação do GT DST/AIDS em Comissão Intersetorial Permanente do CNS. A minuta será apreciada na próxima Reunião Ordinária do CNS. **2)** Secretaria de Vigilância em Saúde solicitou ao CNS espaço em reunião do CNS para apresentar Plano de Contingência para a Pandemia de Influenza. Será reservado espaço na pauta da próxima Reunião Ordinária do CNS para apresentação do Plano, que deverá ser enviado previamente aos Conselheiros para conhecimento. *Indicações - 3)* Seminário Internacional sobre a Pandemia de Influenza – A Secretaria de Vigilância em Saúde promoverá no período de 16 a 18 de novembro de 2005 Seminário visando apresentar plano de contingência brasileiro e discutir a situação epidemiológica da influenza. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** foi indicada para participar do evento. **4)** Congresso Brasileiro de Terapias em Fonoaudiologia – O Centro de Especialização e Pesquisas em Fonoaudiologia convidou o CNS para participar do Congresso que será realizado de 27 a 29 de outubro de 2005, em Porto Alegre/RS. Valor da inscrição R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais). Não houve indicações. **5)** Seminário Nacional sobre “Propostas de Diretrizes de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS” – O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde convidou o CNS para participar do Seminário, que se realizará nos dias 25 e 26 de outubro de 2005, em Brasília/DF. Os Conselheiros **José Eri Medeiros** e **Solange Gonçalves Belchior** foram indicados para participar do seminário. **6)** XIV Jornada Regional de Autismo Nordeste e o I Fórum Alagoano de Autismo – A Associação de Pais e Amigos do Autista (ASSISTA) convidou a Conselheira **Marisa Fúria Silva** para participar do evento, representando o CNS, que será realizado de 27 a 29 de outubro de 2005, em Maceió/AL. O Plenário endossou o nome da Conselheira **Marisa Fúria Silva** para representar o CNS no evento. **7)** O Fórum Permanente de Conselhos Municipais de Saúde da Baixada Santista convidou o CNS para participar da sua 2ª Plenária, que se realizará no dia 29 de outubro de 2005, em Praia Grande/SP. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, participará do evento representando o CNS. **8)** 1ª Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – O Conselho Estadual de Saúde do Pará solicitou ao CNS a indicação de nomes para proferir palestra no dia 13 de dezembro de 2005, das 15h às 15h30, sobre o tema “Controle Social na Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde”. A Conferência se realizará nos dias 13 e 14 de dezembro de 2005, no Estado do Pará. A indicação será feita na próxima reunião do CNS. **9)** 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador – Solicitação de que seja indicado representante do CNS para proferir palestra no dia 25 de outubro de 2005 sobre o tema “Como Efetivar e Avaliar o Controle Social em Saúde do Trabalhador”. A Conferência se realizará nos dias 25 e 26 de outubro de 2005, no Estado do Pará. O Conselheiro **Eni Carajá Filho** foi indicado para proferir palestra sobre o referido tema. **10)** I Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – O Conselho Estadual do Amapá solicitou que o CNS indicasse um palestrante para abordar os temas “Controle Social na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde” e o “Papel Social do Conselho Nacional de Saúde”, no dia 24 de novembro, às 8h30. A Secretária-Executiva do CNS verificará a possibilidade de indicação de suplente, já que a Conferência Estadual coincidiria com a etapa nacional da Conferência de Saúde do Trabalhador. **11)** 5ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (EXPOEPI) – O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), convidou o CNS para participar da abertura do evento no dia 4 de dezembro de 2005, às 19 horas. A Mostra será realizada de 4 a 6 de dezembro de 2005, no Blue Tree Park, em Brasília/DF. A indicação será feita na próxima reunião do CNS. **12)** I Congresso Nacional de Saúde Pública Veterinária – O Conselho Federal

de Medicina Veterinária (CFMV) convidou o CNS para participar da mesa de abertura do evento no dia 27 de novembro de 2005, às 20 horas. O Congresso será realizado de 27 a 30 de novembro de 2005, na sede do SESC em Guarapari/ES. Será verificada a possibilidade de participação de conselheiros suplentes, já que a data do congresso coincide com a etapa nacional da Conferência de Saúde do Trabalhador. **13)** III Macrorregional Nordeste de Hanseníase 2005 – A Secretaria de Vigilância em Saúde convidou o CNS para participar do evento, que será realizado nos dias 25 e 26 de outubro de 2005, em Salvador/BA. A Conselheira **Maria Thereza Almeida Antunes** foi indicada a participar do evento. **14)** III Macrorregional Centro-Sul de Hanseníase 2005 – A Secretaria de Vigilância em Saúde convidou o CNS para participar do evento, que será realizado nos dias 31 de outubro e 1º de novembro de 2005, em Belo Horizonte/MG. Deverá ser indicado um representante da Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase. **15)** III Macrorregional Norte de Hanseníase 2005 – A Secretaria de Vigilância em Saúde convidou o CNS para participar do evento, que será realizado nos dias 8 e 9 de novembro, em Brasília/DF. O Plenário indicou a participação de um representante da Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase. **16)** Lançamento da Publicação “De Olho no Orçamento Criança – Atuando para Priorizar a Criança e o Adolescente no Orçamento Público” – A Fundação ABRINQ pelos Direitos da Criança convidou o CNS para participar do lançamento da referida publicação no dia 17 de outubro de 2005, em Brasília/DF. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que a Secretaria-Executiva do CNS solicitasse ao CONANDA a disponibilização de exemplares da publicação a serem distribuídos aos Conselheiros. **17)** IX Congresso Paulista de Saúde Pública – A Associação Paulista de Saúde Pública convidou o CNS para participar do Congresso que se realizará nos dias 22 a 26 de outubro de 2005, em São Paulo/SP. Valor da inscrição: R\$ 380,00. Não houve indicações. **18)** V Conferência Municipal de Saúde – O Conselho Municipal de Saúde de Eldorado do Carajás/PA convidou representantes do CNS para participar da Conferência como palestrantes sobre os temas “Controle Social e Direitos e Deveres do Trabalhador” e sugerem a indicação do Conselheiro **Francisco Batista Júnior** para a Conferência que será realizada nos dias 26 e 27 de novembro de 2005, no Pará. O Plenário ratificou a indicação do nome do Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, contudo, confirmará a sua participação já que o evento coincide com a etapa nacional da Conferência de Saúde do Trabalhador. **19)** Representante para Câmara Técnica do SIOPS – O CNS deveria indicar representante titular para a Câmara Técnica do SIOPS. Atualmente, o Conselheiro **Olympio Távora** participava da Câmara na condição de suplente. O Plenário decidiu não indicar representante e remeter as discussões da Câmara para a COFIN. **20)** VII Congresso de Secretarias Municipais de Saúde do Nordeste – O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) realizará o Congresso da Região Nordeste no período de 30 de novembro a 2 de dezembro de 2005, em Aracaju/SE. Taxa de Inscrição R\$ 100,00. A Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** foi indicada a participar do evento, contudo, o valor da taxa de inscrição deverá ser negociado com representante do CONASEMS. **21)** Oficina “A Gestão dos Recursos Hídricos e a Saúde Pública” – A Comissão Permanente de Saúde ambiental (COPESA) convidou o CNS para participar do evento que se realizará de 9 a 11 de novembro de 2005, em Brasília/DF. Indicar um representante dos usuários para falar sobre “Controle Social, Saúde e Recursos Hídricos”, no dia 10 de novembro pela manhã. O Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** foi indicado a participar da oficina. **22)** Indicar nomes para o grupo que visitará o Município de Uberlândia/MG. Foram indicados os Conselheiros **José Eri Medeiros**, **Solange Gonçalves Belchior** e **Cleuza de Carvalho Miguel**. **23)** Congresso Brasileiro de Enfermagem – A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) solicitou a indicação de um representante do CNS para participar do painel “Participação dos Usuários nas Políticas de Atenção à Saúde”, que será realizado no dia 6 de novembro de 2005, em Goiás. O Conselheiro **Eni Carajá Filho** foi indicado para participar do painel. **24)** Audiência Pública sobre Sistema Nacional de Certificação Profissional – O Ministério da Educação convidou o CNS para participar da Audiência Pública que debaterá a proposta de criação do Sistema Nacional de Certificação Profissional, no dia 25 de outubro de 2005, das 10 às 17h30, em Brasília/DF. A indicação deverá feita pela CIRH/CNS. **25)** I Mostra de Experiências Bem-Sucedidas em Nutrição – O Ministério da Saúde promoverá a I Mostra de Experiências Bem-Sucedidas em Nutrição nos dias 20 e 21 de outubro em Brasília/DF e lançará o Guia Alimentar da População Brasileira. As inscrições podem ser feitas pelo endereço eletrônico www.saude.gov.br/alimentacao ou pelo telefone (61) 3448-8040. A Conselheira **Rosane Nascimento da Silva** foi indicada para participar do evento. **26)** Fórum Social Mundial de Saúde. Data: 22, 23 e 24 de janeiro de 2006. Fórum Social Mundial, em Caracas-Venezuela. Data: 24 a 29 de janeiro de 2006. O Plenário decidiu que participarão do FSMS oito conselheiros (quatro usuários, dois trabalhadores, dois gestor e prestador de serviço). **27)** III Cumbre De Los Pueblos de América. Data: de 1º a 5 de novembro de 2005. Local: Mar Del Plata, Argentina. Reunião do Comitê Internacional do Fórum Social Mundial da Saúde preparatório ao Capítulo Américas – Venezuela, de 22 a 24 de janeiro de 2006. Data da reunião: 2 de novembro de 2005. O Plenário indicou o nome do Conselheiro **José Eri Medeiros** e da integrante da Secretaria-Executiva do CNS, **Adalgiza Balsemão**. **28)** Diretório Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo convidou o CNS para Audiência no mês de novembro, com data a ser definida. A indicação será feita pela CIRH. **29)** Abertura da

Conferência de Saúde do Trabalhador, Vitória/ES. Data: 20 de outubro. O Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** foi indicado a participar da solenidade de abertura da Conferência. **30)** Reunião Geral da Rede de Escolas Técnicas do SUS. Data: 25, 26 e 27 de outubro de 2005. Local: Rio Branco, Acre. O nome será indicado a partir da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde. **31)** Abertura da Conferência de Saúde de Alagoas. Data: 21 e 22 de outubro de 2005. O Conselheiro **José Cláudio dos Santos** foi indicado a participar da solenidade de abertura da Conferência. Na sequência, foi aberta a palavra aos conselheiros para apresentação de outros informes. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que fosse elaborado documento onde o CNS se manifestasse favoravelmente ao referendo pelo desarmamento, indicando inclusive dados sobre os gastos alarmantes da saúde com as vítimas de armas de fogo. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** salientou a necessidade de o CNS avaliar os resultados do processo de descentralização das ações do Programa Nacional de AIDS. Conselheira **Francisca Valva da Silva** informou a realização do 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em Goiânia. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que o FENTAS enviou ofício solicitando que a CIRH promovesse debate sobre educação permanente, abertura de novos cursos; medicina natural e práticas complementares. Além disso, solicitou que o Plenário se manifestasse contrariamente ao PL nº 2975, do Senador **Antônio Carlos Valadares**, que dispõe sobre a proibição de fluoretação das águas. Conselheira **Carmem Zanotto** explicou que entrou em contato com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente Blumenau/SC e foi informada que a moção de repúdio à decisão de não ampliar a equipe do Programa Saúde da Família era dirigida ao CNS. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** informou a sua participação na audiência da Câmara dos Deputados que discutiu o PL nº 4598/04, que propõe alteração do parágrafo da Lei nº 8.080 que dispõe sobre gestão de ações e serviços de saúde que se caracterizam como referência estadual e regional. Disse que se posicionara a partir dos debates acumulados no CNS, já que o Plenário não havia discutido o mérito do referido Projeto, manifestando a preocupação do Conselho com a alteração das Leis Orgânicas da Saúde e sugeriu a inclusão de emenda na Lei de Responsabilidade Sanitária que atendesse à preocupação. Destacou que, ao final do debate, os deputados ficaram sensibilizados no sentido de retirar o projeto e buscar inserir emenda na Lei de Responsabilidade Sanitária para atender à preocupação. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** reforçou o convite para que os conselheiros participassem do Seminário “Águas Minerais no Brasil”, que seria realizado no dia 27 de outubro de 2005. Explicou que, a partir desse evento, o GT de Águas Minerais apresentaria proposta para deliberação do Plenário sobre o tema. Também solicitou que o documento “Diretrizes para a Formação Permanente e para o Controle Social do SUS” fosse disponibilizado na página do CNS na internet. Conselheira **Lílian Aliche** solicitou, em nome do segmento dos usuários, que a sala dos conselheiros fosse re-equipada com telefone e computador. Também solicitou resposta sobre a questão das diárias para conselheiros com necessidades especiais. Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** levantou a questão das reformas no CNS e solicitou à Secretaria-Executiva do CNS que convidasse o setor do Ministério da Saúde responsável para explicar, inclusive, os motivos da demora da adaptação de sanitário para pessoas com deficiência no edifício anexo do Ministério da Saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, respondeu aos questionamentos dos conselheiros, informando, de início, que a CCG pautaria o debate sobre a descentralização das ações do Programa de Prevenção da DST/AIDS e que a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares seria ponto de pauta da próxima reunião do CNS. A propósito do PL nº 2.975, do Senador **Antônio Carlos Valadares**, sugeriu que fosse elaborado parecer do CNS a ser encaminhado ao Congresso Nacional. Também destacou que era necessário enviar resposta ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Blumenau por conta da moção de repúdio ao CNS. Em relação às diárias dos conselheiros, disse que seria tratada no relatório da CCG. Além disso, destacou que a solicitação de reforma dos sanitários havia sido encaminhada ao setor competente do Ministério da Saúde, em 2004, contudo, a informação era que seria feita somente em 2006. Em relação à sala dos conselheiros, informou que o *layout* da reforma fora assinado havia sete meses, mas o pedido estava parado na Coordenação de Engenharia do Ministério da Saúde. Também destacou que havia solicitado à Coordenação Geral de Recursos Logísticos/MS a compra de cadeiras e equipamentos para sala de apoio (até aquele momento foram entregues somente as cadeiras dos convidados), compra de sistema de som – multimídia, videoconferência e teleconferência (definido remanejamento de recursos e aguardava-se a autorização do Ministério do Planejamento e Orçamento para mudança de rubrica) e compra de equipamentos para comunicação social. Além disso, destacou que o material do Conselho estava sendo guardado por entidades que tinham espaço físico disponível. Também informou que fora solicitado um carro, com adaptações para pessoas com deficiência para ficar à disposição do CNS e aguardava-se resposta. Sobre a eleição, disse que a SE/CNS aguardava a publicação do decreto para a preparação do edital de convocação. A propósito, ressaltou que seria necessário alugar um local para a realização das eleições. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** propôs que o CNS recomendasse ao Ministério da Saúde que priorize a adaptação dos sanitários para pessoas com portadoras de deficiência e, caso não houvesse providência, fosse tomada medida mais incisiva para resolver a questão. Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** sugeriu que o CNS convocasse os

setores responsáveis para justificar os motivos da demora em atender as solicitações do Conselho. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que essas solicitações fossem encaminhadas ao Ministro de Estado da Saúde para as devidas providências. Definido esse ponto, foi aberta a palavra para a apresentação da recomendação da Comissão de Saúde Suplementar. Conselheiro **Mário César Scheffer** fez a leitura do texto de recomendação, que incorporou as contribuições dos conselheiros, da ANS e da FENASEG. Em seguida, abriu a palavra para considerações do Plenário sobre a redação, visto que o mérito do documento havia sido aprovado no dia anterior. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que no item 6 fosse considerada a questão da bitributação em que a instituição prestadora de serviço era ressarcida duplamente pelo SUS e pelo plano de saúde. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** destacou o item 4 para propor que o Ministério da Saúde também participasse do GT para rever a política de incentivos fiscais. Também solicitou a reformulação do item 9, por entender que a redação não era clara e não manifestava posição concreta do CNS. Conselheira **Francisca Valda da Silva** sugeriu que o CNS recomendasse a ANS a realização de campanha educativa sobre os direitos dos usuários de planos de saúde. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** também destacou o item 4 para perguntar qual a garantia de que os recursos da renúncia fiscal fossem destinados ao SUS. Em relação ao item 8, lembrou que a “fila não era dupla”, mas sim, “tripla”. Sobre o item 9, disse que os servidores teriam que ser consultados para saber se queriam ou não planos de saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** manifestou-se contrário à proposta de plebiscito para saber se os servidores desejariam planos de saúde ou não. Conselheiro **Ciro Mortella** solicitou maiores esclarecimentos sobre o item 4 que propõe “destinação de recursos da renúncia fiscal do Imposto de Renda para o financiamento do SUS.” Conselheiro **Olympio Távora Correa** ressaltou que a recomendação da CSS/CNS ia de encontro a dispositivos da Lei nº 9.656/99, logo, em sendo aprovada, o CNS teria que apresentar substitutivo alterando essa lei. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** perguntou se era possível acrescentar item recomendando que as operadoras de planos de saúde implementassem política de educação em saúde. Conselheiro **Mário César Scheffer** reconheceu a necessidade de rever a redação dos itens 4 e 9, assim, sugeriu que os conselheiros apresentassem sugestões para a melhoria dos mesmos. Em relação ao item 4, disse que a proposta era que os recursos da renúncia fiscal fossem destinados ao SUS. Conselheiro **Ciro Mortella** ponderou que o item 4, da maneira como estava redigido, era ilógico, uma vez que não existia recurso oriundo de renúncia fiscal. Explicou que, para viabilizar a recomendação de destinar recurso ao SUS, era preciso acabar com a renúncia fiscal, o que significava que os gastos com planos de saúde não poderiam mais ser abatidos do imposto de renda. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, perguntou se seria possível rever o texto da recomendação a partir das novas considerações do Plenário. Conselheiro **Mário César Scheffer** sugeriu que o Plenário aprovasse a recomendação, com exceção dos itens 4, 6 e 9, que seriam reformulados e o texto submetido à apreciação e deliberação do Plenário posteriormente. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** destacou que o mérito da recomendação não seria modificado, pois havia sido aprovado no dia anterior. Assim, os itens destacados seriam reformulados para explicitar para maior clareza o posicionamento e as recomendações do Plenário em relação à matéria. Conselheiro **Olympio Távora Correa** solicitou que fosse consignado em ata que os prestadores de serviço em contrários à recomendação, visto que o texto apresentava uma série de impropriedades. **Após considerações, o Plenário reafirmou a aprovação do mérito da recomendação, com exceção dos itens 4, 6 e 9, que seriam reformulados pela CSS/CNS, a partir das contribuições dos conselheiros. A nova redação seria submetida posteriormente à apreciação e deliberações do Plenário.** Definido esse ponto, houve inversão da pauta e foi iniciada a apresentação do relatório da CCG. **ITEM 10 – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE COORDENAÇÃO-GERAL PARA ANÁLISE E DELIBERAÇÃO** - A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou com a apresentação do relatório da reunião da CCG, realizada no dia 17 de agosto de 2005, visto que não havia sido apreciado na 158ª Reunião Ordinária do CNS. Explicou que, após definir a pauta da 158ª Reunião Ordinária do CNS, a Coordenação discutiu sugestões para melhoria do funcionamento das reuniões do CNS. Dentre as propostas, destacou a garantia de condições para que os segmentos que compõem o CNS possam reunir-se no dia anterior à reunião do Conselho para discutir questões da pauta ou de outra natureza, podendo ser acionadas as áreas técnicas do Ministério da Saúde para darem informações ou esclarecerem dúvidas, contribuindo com a resolução das pautas definidas. Além disso, tendo em vista que muitos conselheiros apresentam demandas oriundas de suas entidades ou regiões e que nem sempre têm as respostas pretendidas, a Comissão sugeriu que essas demandas sejam feitas por escrito, para a busca de informações que pudessem contemplá-los. Em relação à eleição do Conselho Nacional de Saúde, destacou que a Comissão apontou a necessidade de consultar o Plenário sobre o interesse de, ao invés de um decreto de instituição do CNS, fosse preparada uma proposta de anteprojeto de lei, para ser enviada ao Congresso Nacional. Também reiterou que a solicitação de adaptação de um banheiro no Anexo do Ministério da Saúde destinado a pessoas com deficiência fora encaminhada à Coordenação de Recursos Logísticos do Ministério da Saúde, à Secretaria de Assuntos Administrativos e ao Setor de Engenharia. Lembrou que o Plenário havia discutido essa questão no item dos informes e, conforme orientação, seria

encaminhado ofício ao Ministro da Saúde reforçando esse pedido, além de outras solicitações dos conselheiros. Continuando, informou que seria possível contratar hotéis com adaptações específicas para pessoas com deficiências, porém, o item hospedagem não poderia ser pago com diárias. **Sobre essa questão, o Plenário decidiu que a Secretaria-Executiva do CNS trataria diretamente com os conselheiros interessados.** Na sequência, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou o relatório da última reunião da Comissão de Coordenação Geral, realizada no dia 5 de outubro de 2005, com a presença dos conselheiros **Carlos Alberto E. Duarte, Francisco Batista Júnior, Luiz Fernando Correa Silva** e dos integrantes da Secretaria-Executiva do CNS **Alessandra Ximenes da Silva, Eliane Aparecida da Cruz e Lúcia Maria Costa Figueiredo**. Iniciando, explicou que a pauta da 159ª Reunião Ordinária foi elaborada a partir da conjuntura do SUS, pendências e resultados do trabalho das Comissões e GTs do Conselho Nacional de Saúde. Seguindo, passou à apresentação do item demandas e encaminhamentos, com destaque para as seguintes questões: **1) Resolução do CNS sobre Licenciamento Compulsório. Encaminhamento:** agendar como ponto prioritário a ser discutido com o Ministro durante a reunião do CNS em outubro, verificando a assinatura da Resolução nº 352, aprovada em 10 e 11 de agosto de 2005 e ainda não homologada; solicitar à indústria nacional informações sobre sua capacidade de produção, levando em conta o preço e importação de matéria-prima; e solicitar ao Gabinete do Ministro a disponibilização do acordo que vem sendo negociado com o Laboratório ABBOTT sobre o medicamento Kaletra. **2) Reunião convocada pelo Ministério Público Federal para o dia 7 de novembro de 2005, às 10 horas, com Dr. Peterson de Paula sobre licenciamento compulsório. Encaminhamento:** consultar o Conselheiro **Mário Scheffer** sobre a possibilidade de participa. Caso não fosse possível, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, acompanharia a reunião. **3) Abertura de cursos na área da saúde/decisão do STJ sobre mandado de segurança do CFM. Encaminhamento:** que o Plenário retome o processo de emissão de pareceres sobre abertura de cursos, conforme Decreto nº 3.860/01 e prepare emenda ao Projeto de Lei sobre a reforma universitária, tendo como base todas as Resoluções que aprovou sobre a questão. Por solicitação, foi aberta a palavra para considerações sobre o item 3 do relatório. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** manifestou sua preocupação com a decisão do Superior Tribunal de Justiça de indeferimento do Mandado de Segurança nº 9.250, impetrado pelo Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Conselho Regional de Medicina de São Paulo, contra a decisão do Ministro da Educação de autorizar a abertura de curso de medicina na Universidade Camilo Castelo Branco. Nesse sentido, propôs que fosse feita análise jurídica do mandado para que o Plenário se manifestasse a respeito. Também falou sobre o pedido de abertura de curso de psicologia na Fundação Presidente Antônio Carlos (FUPAC), em Juiz de Fora e solicitou que fosse indeferido, uma vez que não estava de acordo com as exigências da Resolução nº 350 do CNS. **A propósito, o Plenário decidiu que o CNS voltará a emitir pareceres sobre abertura de novos cursos na área da saúde e preparará emenda ao Projeto de Lei sobre a Reforma Universitária, tendo como base todas as Resoluções que aprovou sobre a questão. Além disso, o Plenário indeferiu o pedido de abertura de curso de psicologia na FUPAC, em Juiz de Fora.** Na próxima reunião do CNS, a Secretaria-Executiva apresentará projeto estrutural para análise e emissão de pareceres sobre abertura de novos cursos. Definido esse ponto, a Secretária-Executiva do CNS encerrou os trabalhos da manhã do segundo dia, estando presentes os seguintes conselheiros: **Antônio Alves de Souza, Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Eni Carajá Filho, Francisca Valda da Silva, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas Dias Monteiro, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, João José Cândido da Silva, Luiz Augusto Ângelo Martins, Maria Helena Baumgarten, Maria Leda de R. Dantas, Rômulo Maciel Filho, Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi e Wander Geraldo da Silva. Suplentes:** **Ary Paliano, Carmen Zanotto, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Geraldo Adão Santos, José Cláudio dos Santos, José Eri Medeiros, Lílían Alicke, Maria Irene Monteiro Magalhães, Maria Thereza M. C. Rezende, Mário César Scheffer, Ruth Ribeiro Bittencourt e Noemy Yamaguishi Tomita.** Retomando a sessão, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, colocou em apreciação a ata da 158ª Reunião Ordinária do CNS. **Não havendo destaques, a ata foi aprovada por unanimidade.** Em seguida, fez a leitura da proposta de recomendação sobre o referendo popular que sugere ao Ministério da Saúde a incorporação de mecanismos de combate à iniquidade social, à intolerância e ao preconceito em todas as suas políticas; e indica à Presidência da República o apoio do Conselho Nacional de Saúde às políticas de segurança pública fundadas no respeito aos direitos humanos, que garantam o desenvolvimento social, o fim da impunidade, a agilização dos processos judiciais, o completo desarmamento dos delinquentes e o incentivo, em todos os espaços da vida social, a uma cultura de paz, justiça e solidariedade. **A recomendação foi aprovada com uma abstenção.** Definidos esses pontos, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** retomou a apresentação do relatório da CCG. De início, informou que fora preparado relatório de pendências onde ainda constavam 35 itens não analisados. Esse relatório havia sido apresentado em julho de 2005 e a sua apreciação seria concluída na próxima reunião. Na sequência, continuou a apresentação dos itens demandas e encaminhamentos: **1) Audiência com o Deputado Aldo Rebelo/Carta Aberta do CNS – Movimento pela regulamentação da EC nº 29.**

Encaminhamento: Foram convocadas diversas entidades e preparada uma carta aberta, pela COFIN, para ser entregue ao Presidente da Câmara dos Deputados no dia 6 de outubro de 2005. O Movimento pela Regulamentação da EC nº 29 estava agendando reunião no dia 19 de outubro junto com a Marcha da Confederação Nacional dos Municípios. **2)** SESS/SENASS - esse já é um ponto de pauta pendente, inclusive com encaminhamento de ser pautado para debate em Plenário para posicionamento do Conselho. No dia 30 de agosto de 2005, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado promoveu um debate sobre a questão reunindo diversas lideranças e parlamentares que teve por objetivo subsidiar o relator do PL nº 131/01, Deputado **Sérgio Guerra**, do PSDB-PE, que disse tratar-se de um tema extremamente complexo e de grande relevância para a sociedade. **3)** Reunião com DENASUS. *Encaminhamento:* indicar comissão do CNS para reunião com o Dr. **Paulo Nunes** e Dr. **Antonio Alves**, sobre divulgação dos resultados das auditorias para o controle social. Os Conselheiros **Francisco Batista Júnior** e **Eni Carajá Filho** se reuniram o Dr. **Paulo Nunes**. **4)** Reunião com Ouvidoria do SUS. A Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** participou do Seminário sobre Ouvidorias do SUS. *Encaminhamento:* sugestão de agendar reunião com Dr. **Carlos Saraiva** visando evoluir no debate sobre ouvidoria, recuperando as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde. **5)** Comitê Gestor de Atenção às Urgências. *Encaminhamento:* o Conselho Nacional de Saúde indicou a Conselheira **Geusa Dantas Lelis** e o ex- Conselheiro **André Luis de Oliveira** para participarem deste GT, em abril de 2004. A Coordenação do GT solicita agora a substituição do ex- Conselheiro **André Luis de Oliveira**. *Encaminhamento:* A CCG sugeriu manter a decisão de não indicar de Conselheiros para Comissões e GTs. **6)** Conferência de Saúde do Trabalhador – indicação de convidados; palestrantes e delegação nacional indicada por entidades nacionais – será disponibilizado 60 minutos para discussão, encaminhamentos e deliberações. **7)** Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Foi feito um balanço da realização de Conferências Municipais e Estaduais. Na reunião do CNS esse quadro deve ser apresentado de forma atualizada para informes da mobilização para realização do evento e decisões da Comissão Organizadora que se reuniria no dia 17 de outubro de 2005. **8)** Ofício GS CES/SP nº 564 sobre a participação do Estado de São Paulo em eventos nacionais, que solicita que as atividades nacionais possam ser realizadas de forma não presencial (teleconferências, vídeo conferências) e que as atividades que exijam deslocamento sejam programadas com no mínimo seis meses de antecedência. A Secretaria-Executiva já respondeu ao ofício. **9)** Denúncia do Ministério Público do Estado de Goiás, solicitando informações sobre repasse Fundo a Fundo e denunciando que o Estado de Goiás não tem atendido os municípios e convênios. A denúncia está sendo analisada pela Assessoria Jurídica do CNS, com solicitação de que seja novamente analisado pelo Fundo Nacional de Saúde e DENASUS, que já o fez uma vez, visto que o processo tramita desde 2003. **10)** Denúncia referente ao Diretor do Hospital Geral Manoel Victorino/BA feita por servidor referente a mau gerenciamento e assédio moral. *Encaminhamento:* enviado ao Conselho Estadual de Saúde da Bahia para análise e retorno ao CNS. **11)** Denúncia do SindMed/RJ relativa a afastamento do Diretor do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Salgado Filho. *Encaminhamento:* enviar a denúncia para Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** que foi indicada como representante do CNS para acompanhar a situação da saúde no município do Rio de Janeiro. **12)** Ofício do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia, solicitando agendamento de reunião da Comissão designada pelo Conselho Nacional de Saúde com o Conselho Municipal com objetivo de esclarecer as denúncias formuladas ao Pleno do CNS em julho de 2005. **13)** O Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** solicitou pautar a questão de urgências, na reunião do CNS, visto que representou o CNS no Congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências e considera importante esse tema, inclusive para discussão da consolidação do SAMU. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** propôs a discussão das urgências como porta de entrada no SUS. Conselheiro **Eni Carajá Filho** propôs a organização de seminário sobre o controle social e a questão das urgências. A CCG pautará esse tema o mais breve possível. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** interrompeu a apresentação do relatório da CCG para comunicar a presença do Ministro de Estado da Saúde e passar-lhe a palavra para os cumprimentos iniciais. O Ministro de Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**, Presidente do CNS, dirigiu-se ao Plenário nos seguintes termos: “Eu gostaria de agradecer mais uma vez os conselheiros pelo fato de o Conselho estar atuando e se reunindo e manifestar a minha satisfação em estar aqui. Eu tive uma agenda tumultuada pela manhã, com discussão na Casa Civil sobre a gripe aviária, avaliando a situação e os riscos e, em seguida, tivemos a cerimônia de entrega do prêmio Sérgio Arouca em duas categorias: Controle Social – avaliação de experiências e trabalhos acadêmicos de caráter científico. Então, esses dois eventos atrasaram a minha vinda. Eu gostaria que vocês dessem curso à discussão que estavam fazendo. Eu sei que hoje há a manifestação em favor da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, que é uma iniciativa muito importante para o SUS e para o Ministério da Saúde.” Após esses cumprimentos, o Plenário decidiu iniciar, de imediato, a discussão sobre licenciamento compulsório. **ITEM 6 – MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, JOSÉ SARAIVA FELIPE - LICENCIAMENTO COMPULSÓRIO** – Conselheiro **Francisco Batista Júnior** continuou na coordenação dos trabalhos e abriu a palavra para manifestações do Plenário sobre a questão. Conselheiro **Mário César Scheffer** foi o primeiro a fazer uso da palavra e

1112 iniciou a sua fala com a afirmação de que o acordo do Ministério da Saúde com o Laboratório ABBOTT
1113 contrariava a Resolução nº 352/05 do CNS que indicava o fim das negociações e a emissão imediata de
1114 licença compulsória para produção nacional dos medicamentos para o tratamento da AIDS. Além disso,
1115 destacou que o acordo representava um ganho aparente e relativo, já haveria redução de preço de um
1116 único medicamento, o que não contribuía para garantir a sustentabilidade da Política de Acesso
1117 Universal a Medicamentos para a AIDS. Em relação aos termos do acordo, disse que a discussão não foi
1118 transparente, uma vez que o CNS e a sociedade civil não tiveram a oportunidade de opinar sobre as
1119 suas cláusulas. Continuando, detalhou que as cláusulas 9ª e 10ª do acordo eram extremamente
1120 preocupantes, pois definiam que o Brasil, na vigência do acordo, não produziria nenhum medicamento
1121 com os princípios ativos do Kaletra e não haveria transferência de tecnologia, o que ia de encontro ao
1122 Acordo Tríplice. Por fim, em nome do Movimento Organizado de Luta Contra a AIDS, defendeu a
1123 manutenção dos dispositivos da Resolução nº 352/05 do CNS e o envio do acordo ao Ministério Público
1124 Federal, a fim de analisado, considerando que feria a soberania nacional, contrariava uma resolução do
1125 CNS e favorecia o laboratório multinacional em detrimento da valorização e fortalecimento da produção
1126 nacional. Diante dessa fala, o Sr. Ministro de Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**, manifestou-se nos
1127 seguintes termos: “A situação está posta e eu gostaria de me pronunciar a respeito. Primeiro, em
1128 nenhum momento eu vou participar da discussão ideológica: o que está em jogo é o interesse nacional
1129 ou é a decisão de licenciamento compulsório? Eu não me coloco entre aqueles que acham que temos
1130 que caminhar, ainda que consigamos todas as concessões e vantagens, na direção de fazermos o
1131 licenciamento compulsório. Gostaria que isso ficasse claro. Eu não tenho essa posição. Em algum
1132 momento da discussão o que estava posto era um debate ideológico. Quando eu me reuni com o
1133 Farmanguinhos e o Laboratório Cristália, que seria o sócio para produzir o medicamento, fui informado
1134 que o que custaria R\$ 0,41 era o sal para produzir o medicamento se fosse feita a produção e os testes
1135 de equivalência biológica, que demorariam pelo menos seis meses. Então, milhares de pessoas teriam
1136 que usar esse medicamento para comprovar se teria o mesmo efeito do medicamento referência. Eu não
1137 participei das fases intermediárias das negociações e sim da parte final e interpus as condições que, na
1138 minha visão, correspondiam ao interesse público nacional que seriam, primeiro, baixar o preço. Na
1139 verdade, nós pagamos hoje U\$ 1,17 por cápsula e isso baixou, no contrato, para U\$ 0,63 por cápsula e
1140 mais a doação de três milhões de qualquer produto ou insumo do Laboratório ABBOTT e a doação do
1141 kaletra Pediátrico – o que correspondia a U\$ 3 milhões. Com isso, nós compraríamos o produto por
1142 menos de U\$ 0,60. No final da negociação, nós ficamos presos pela seguinte questão: o Laboratório
1143 ABBOTT exigia que nós não divulgássemos os termos do acordo, porque a Argentina paga U\$ 1,88, o
1144 México paga U\$ 2,04 por cápsula. Então, ao fazer uma referência internacional, o preço acertado no
1145 acordo feito pelo Brasil, no mês de junho, era de pagar U\$ 1,88 e nós não excederíamos porque a
1146 pressuposição era que o Laboratório pediria reajuste. O segundo fato é que nós não teremos que
1147 comprar Kaletra por tempo determinado. Se no ano que vem o Meltrex entrar no mercado, nós vamos
1148 pagar 10% sobre o valor do tratamento e interromper imediatamente a aquisição do Kaletra. Isso
1149 significa que nós não vamos ter, como já existe hoje, anti-retrovirais estocados em prateleiras dos
1150 almoxarifados do Ministério que se tornaram obsoletos. Então, eu estou deixando claro aqui como
1151 Presidente do Conselho e como Ministro da Saúde: não vou negociar o Tenofovir e o Efavirenz com
1152 vistas à quebra de patente. Se os laboratórios concordarem com a imposição de preço que nós fizemos,
1153 o meu encaminhamento será na direção de fecharmos um acordo. Eu estou deixando isso de forma
1154 cristalina. Eu vou cuidar do interesse nacional mas sem o compromisso de, com todas as concessões e
1155 atendendo ao interesse nacional, caminhar para uma questão de bravata – que é a questão de quebrar
1156 patente sem garantia, porque quando eu precisava, por escrito, da garantia de produção dos produtos
1157 em seis meses, eles me disseram que talvez seria necessário comprar intermediariamente os
1158 medicamentos do laboratório indiano SIPLA a U\$ 0,72 por cápsula, sem fazer os testes de
1159 bioequivalência no Brasil. Na minha avaliação, eu gostaria de parabenizar quem negociou, que foi o
1160 corpo técnico do Ministério da Saúde. Nós vimos que, para algumas pessoas, a questão de quebra de
1161 patentes era política. Eu não me incluo nessa posição. Há uma possibilidade de negociar com o
1162 Laboratório Merck para se fazer, inclusive, uma produção associada. O doutor Jarbas Barbosa está
1163 discutindo com o Laboratório Merck a possibilidade de, na negociação, fazermos uma produção
1164 associada no Brasil. O Merck com algum laboratório nacional. É essa a alternativa que pretendo impor.
1165 Quero parabenizar a posição do Conselho e dizer que a resolução foi fundamental. Em nenhum país do
1166 mundo houve esse tipo de concessão que houve aqui. Ao final da negociação, a discussão era que não
1167 seria fechado o acordo porque nós não poderíamos divulgar o preço para não dar o exemplo
1168 internacional “todo mundo querendo comprar Kaletra a U\$ 0,59”. Quando discutimos com os laboratórios
1169 nacionais, a informação era que no valor de U\$ 0,41 não estariam embutidos os custos com embalagem
1170 e distribuição. Não se assegurava nem mesmo o preço de U\$ 0,60 que foi o preço que fechamos com o
1171 Laboratório ABBOTT. Outra questão. Ficou claro que nós vamos usar Meltrex se quisermos, se o
1172 consenso terapêutico nacional, que é quem define o coquetel de AIDS, chegar a conclusão que é
1173 conveniente, que as vantagens do produto justificam nós pagarmos 10% a mais por tratamento. Quem

define isso é o consenso terapêutico nacional. O preço baixou de U\$ 1,32, na primeira proposta para menos da metade e não temos compromisso de prazo para compra. Além disso, a patente não era a saída mais viável porque em 2010 já seria de domínio público – então discutir se eu vou comprar durante cinco anos no contrato e depois “cair a patente”, é improdutivo. Então, esses foram os termos de uma negociação, que, na avaliação da equipe, atendia à pressão exercida pelo Ministério da Saúde e ao interesse público. Assim, o que eu quero dizer é que não tenho compromisso com quebra de patente. Se o preço chegar ao que o laboratório nacional produz, tudo bem. Agora, sem bioequivalência e sem garantia, não. Se isso acontecesse, após três meses eu teria as pessoas com AIDS na porta do Ministério cobrando ou a categoria médica questionando os efeitos. Os ganhos somente no primeiro ano serão de U\$ 50 milhões em relação ao valor que pagamos no contrato atual. Então, para nós, essa não é uma discussão ideológica ou politizada, mas sim, uma discussão prática: tem que caber dentro do nosso orçamento, tem que ser no preço que o Brasil pode pagar, tem que ser com preço menor que os valores atuais, tem que ser o preço mais baixo do mundo. Isso nós conseguimos na negociação.” Na sequência, fez uso da palavra o Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, que começou destacando o entendimento que o processo de negociação por redução de preço era permanente, devendo ser reiniciado a cada novo medicamento ou produto. Por outro lado, avaliou que o licenciamento compulsório ia além disso, pois envolvia a transferência tecnológica para produção de medicamento, por parte da indústria brasileira, garantindo-se a sustentabilidade das políticas de medicamentos. Em resposta, o Ministro de Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**, manifestou-se nos seguintes termos: “Carlos Alberto, o que você coloca é fantástico, mas eu sugeriria, então, que nós trabalhássemos uma outra questão. Eu fiz uma reunião na FIESP há algum tempo junto com o Moisés Goldbaum e o Dirceu Raposa, da ANVISA e lá estava presente um representante da ABRAFARMA, que são os laboratórios nacionais e da ABIFARMA, que são os laboratórios internacionais. Eles admitiram que não fazem investimento em pesquisa. O que eles tentam é, depois que o produto está feito, copiar a fórmula. Eles não fazem não é porque não têm recursos. Por exemplo, o BNDS abriu uma vasta linha de financiamento para pesquisa de novos fármacos. Agora, o laboratório tem que ter coragem para ir lá e pegar R\$ 2 bilhões e assumir a dívida, que é de longo prazo, mas o dinheiro existe. O BNDS abriu uma linha para pesquisa e produção de fármacos nacionais. Então, cabe aos laboratórios nacionais de grande porte fazer o empréstimo, realizar as pesquisas, produzir os princípios ativos e nos tirar da dependência de ter que negociar com os laboratórios multinacionais. Eu acho que é o Laboratório Gilead que não quer negociar a questão do Tenofovir. O que estou dizendo é o seguinte: a possibilidade de quebrarmos a patente está presa a duas questões, primeira, se não houver redução significativa de preços ou condições de contrato que atendam ao interesse público. Por exemplo, se houvesse a insistência de que teríamos que comprar Kaletra por cinco anos a U\$ 1,87, como foi a primeira proposta do laboratório, eu seria o primeiro a apresentar a alternativa de quebra de patente, que esteve muito perto de acontecer. Eu cheguei a discutir com áreas de governo e outros Ministérios – Fazenda, Comércio. Se vocês me perguntarem se tive muito apoio para isso, eu respondo que essa é uma decisão de governo e tinha áreas totalmente contra e outras mais sensíveis, que poderiam nos acompanhar em uma decisão dessa. Essa seria uma decisão que eu não poderia tomar sozinho. Eu vou para Casa Civil, para Fazenda, para a Indústria e o Comércio...Se o Laboratório Gilead disser que não vai baixar o preço e que as condições são essas, eu asseguro a vocês que avanço na idéia de quebrarmos a patente. Daí vocês devem me ajudar, porque eu não posso quebrar a patente e depois ter que pedir para o laboratório me vender o medicamento porque a indústria nacional na hora “h” não cumpriu o acordo. Na hora que senta na minha frente e eu pergunto: você me dá esse produto em seis meses? ela diz não, em seis meses nós não temos condições, você poderia comprar do Gilead até saltarmos da produção de bancada para uma produção industrial. Eu acho que está na hora de irmos atrás para saber qual laboratório nacional pode substituir o produto da Gilead. Eu acho que o Conselho também tem esse papel prospectivo interessante. Talvez vocês ouçam, Carlos Alberto, o que eu ouvi: uma coisa é o sujeito dizer “pode produzir” e depois afirmar “nós temos produção de bancada, é experimental. Para passarmos a produzir em volume para atender essa situação, nós precisaríamos de mais tempo.” Tempo significa nós estendermos para além da última entrega que vai ser feita em fevereiro e que 30% vai ser paga a U\$ 0,63, ou seja, nós ganhamos, inclusive, em relação ao contrato atual. Vamos estimular, mas não vamos obrigar o pessoal a pegar o dinheiro do BNDS que tem carência de cinco anos e os juros, comparados aos do mercado, são extremamente favoráveis. Ou seja, o laboratório também tem que ajudar, garantindo que está tudo seguro. Vários entes do governo, que não eram da área da saúde, disseram: “Se houver qualquer problema com abastecimento, o problema será seu e não nosso”. Daí me apresentaram a alternativa da SIPLA, da Fundação Bill Clinton. Eles vieram aqui e eu conversei com eles. Só daí seis meses a Fundação poderia pensar em intermediar a compra dos dois componentes do Kaletra ao preço que a SIPLA – que é o laboratório indiano, porque lá o governo decidiu não reconhecer patentes, só o fez no ano passado – então, eles foram copiando fórmulas e colocando no mercado. Daí eu consulto a ANVISA que diz: “para comprar esse medicamento para o país, nós vamos ter teste de bioequivalência, que vai demorar algum tempo para ser feito”. Então, o que estou colocando é o seguinte, para quem tem que decidir e está com o problema na mão e não

quer só criar um problema de visibilidade internacional... Eu estou com muita vontade de quebrar uma patente, pois se fizer isso, vou virar herói internacional, nacional eu não sei, porque se não tiver o produto, certamente virão atrás de mim porque seria o responsável, na condição de Ministro da Saúde. Eu perguntei ao Ministro de Saúde da França que estava muito encantado com a questão da quebra de patente – imaginem a França comparada ao Brasil em termos econômicos – porque ele não fazia isso uma vez que abriria um ótimo precedente para nós, mas ele não quis, ninguém quis, esperando o Brasil quebrar. Se nós não tivéssemos aqui os preços e as condições do contrato, porque no início não havia nada. Vocês precisavam ver a primeira conversa com o embaixador americano: era isso aí, que tinha custo adicional, que ia aumentar e mais uma série de questões... Como nós não fraquejamos em nenhum momento, inclusive eu disse: “o Conselho quer que eu quebre a patente e é já”, se querem saber, vocês me prestaram uma ajuda inestimável na negociação. Eu disse: “estou sendo pressionado politicamente a romper”. Eu nunca falei com o pessoal, nem para assinar o termo eles vieram falar comigo para vocês imaginarem como ficaram felizes, satisfeitos com minha atuação nisso. E, ao final, a grande exigência é que nós não poderíamos divulgar internacionalmente os valores que o Brasil paga, pois isso, segundo eles, contribuiria para uma pressão internacional porque o país latino-americano que mais barato paga, depois do Brasil, que era U\$ 1,17, era a Argentina que paga R\$ 1,88. Bem, eu estou convencido que foi uma queda de braço, durou noventa dias, as reuniões foram permanentes, agora, havia pessoas dentro da equipe que via que a questão não era resolver o problema e ter o medicamento, mas sim, via a questão como politicamente interessante. E chegaram a falar comigo: “você vai receber medalhas na Europa, vai ser ótimo!” Agora, eu não sei se seria muito bom se eu não tivesse condições de fornecer o medicamento e bater na porta do laboratório dizendo que não deu certo, buscando negociar porque eu não posso deixar as pessoas com o HIV sem o medicamento. Quando eu chamei o laboratório nacional, eles me disseram “por esse preço é bom fazer um acordo porque não é bom para nós, ou seja, por esse preço nós não vamos conseguir. Nós produzimos o sal por esse valor, mas o produto acabado é um pouco mais que isso”. Então, por que eu vou quebrar a patente se eu não tenho garantia de produto nacional com a mesma qualidade e tenho o risco de sofrer desabastecimento? Da mesma forma, a equipe do Ministério vai negociar em relação ao Tenofovir e o Efavirenz. Nós vamos definir os parâmetros, eu nem sei quanto nós pagamos hoje, mas vai ser dentro do que cabe no nosso orçamento, esse é um parâmetro. Eu vou procurar os laboratórios nacionais e não posso ficar nessa de “é possível que a gente produza”. Eu quero por escrito, está aqui um termo de compromisso de produção. Se não produzir, como é que nós vamos fazer? Nós vamos bater na porta de novo voltando atrás? A questão é mais complexa do que aparenta. Eu até vou sugerir que o Conselho me ajude a buscar laboratórios para produzir Tenofovir e Efavirenz ou a convencer a indústria nacional e aí destaco novamente que há crédito aberto do BNDES para fazer pesquisa. Uma pesquisa dessa custa R\$ 1 bilhão, o que não é tanto para um laboratório nacional. Eu acho que eles têm condição de pegar esse empréstimo, são cinco anos de carência, para produção de princípio a fim de que tenhamos auto-suficiência nacional. Ninguém mais do que eu adoraria falar para o mundo que, dos dezessete componentes do coquetel anti-retroviral, o Brasil produz quinze. Eu tenho satisfação de dizer que nós produzimos sete. Então é isso, uma coisa é a discussão retórica, teórica e ideológica. A outra coisa é estabelecer parâmetros que dizem respeito ao interesse nacional e trabalhar com eles. Agora, Carlos Alberto, o que estou dizendo é sério, depois do precedente da negociação do Kaletra, eu estou convencido que o preço do Tenofovir vai baixar. Eu vou correr atrás e ver quem produz Tenofovir. O que significa quebrar patente, parece que Moçambique e Madagascar quebraram a patente e eu pergunto se teve alguma importância se eles não produzem nem aspirina. Então é uma quebra que diz ser de patente. Ao quebrar a patente, é preciso ter condições de produzir.” Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** retomou a palavra para destacar que, ao contrário do que afirmara o Ministro de Estado da Saúde, um documento do próprio Ministério, distribuído aos Conselheiros, afirmava que os laboratórios nacionais possuíam capacidade técnica instalada para a produção local de princípios ativos e anti-retrovirais. Além disso, ressaltou que a negociação acerca do Tenofovir deveria ser diferente daquela feita em relação ao Kaletra, visto que aquele era uma molécula que teria muitos anos de utilização. Também manifestou preocupação com o fato de a discussão ser centrada no preço e não na transferência de tecnologia para a produção local dos medicamentos, visando garantir a distribuição dos anti-retrovirais. Em relação à essa colocação, o Sr. Ministro de Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**, manifestou-se nos seguintes termos: “Primeiro, eu posso assegurar que não haverá falta de nenhum anti-retroviral por falta de recurso para adquiri-lo. Segundo, provavelmente a indústria nacional não tem interesse em produzir Liponavir e Riponavir porque estão com o ciclo esgotado. Já está no mercado o Meltrex que apresenta uma série de vantagens em relação ao Kaletra. São necessários quatro comprimidos por dia, não tem que ser ingerido junto com alimento gorduroso para facilitar a absorção, o tamanho do comprimido é menor, ou seja, uma série de vantagens. Será que a indústria nacional tem interesse em produzir o Kaletra se no ano que vem o Meltrex entrará no mercado e, pela legislação, nós somos obrigados a fornecer medicamento de última linha? Então, é importante pensar nisso. Assim, não existia essa disposição de fazer investimento para produzir em escala necessária o Kaletra. Além disso, que alternativa nós temos? Por exemplo, Tenofovir. Quem

sabe, nós não baixamos um decreto e obrigamos uma indústria nacional a fazer empréstimo no BNDES e pesquisar o Tenofovir. Que eu saiba, nenhum laboratório nacional produz o Tenofovir. Então, vocês poderiam me ajudar a encontrar um laboratório nacional que produz...o outro não, o Efavirenz, me parece que há possibilidade, tanto que a Merck está propondo fazer diferente: negociar uma associação para que pudesse ser produzido aqui no Brasil. Eles fariam uma associação e receberiam *royalties*. Essa é a proposta que caminha em relação ao Laboratório Merck. Sobre a Gilead, não é assim não. Se não tiver produção nacional não adianta quebrar a patente, mas eu posso buscar, por exemplo, um fornecedor alternativo na Europa. Agora, o que eu digo é o seguinte: quebrar patente não é uma questão ideológica, mas sim, de interesse nacional. Se nós não conseguirmos condições que atendam o interesse nacional, nós vamos chegar lá. Outra questão: a partir de agora, um representante do Conselho vai participar das negociações com os Laboratórios. Eu acho isso interessante para que vocês tenham uma idéia do que é dito e do que acontece na prática, porque quem tem que tomar a decisão não pode errar e depois ter que voltar atrás.” Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** salientou que era preciso considerar a questão de fundo do debate: o Ministério da Saúde e o CNS possuíam posições distintas em relação à matéria, o primeiro defendia a negociação por menores preços e o segundo a produção nacional. Sugeriu que os laboratórios nacionais fossem chamados para esclarecer se não tinham condições para produzir anti-retrovirais ou mesmo não tinham interesse, uma vez que havia um documento do próprio Ministério da Saúde afirmando que os laboratórios tinham condições de produzir esses medicamentos. Por fim, defendeu o mérito da resolução do CNS de que seja iniciada produção nacional de outros medicamentos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** enfatizou que o debate sobre o licenciamento compulsório no CNS vinha sendo feito eminentemente de forma ideológica, na perspectiva de consolidação do SUS e que a resolução do CNS sobre a matéria havia sido aprovada após longo debate. Disse que não poderia avaliar a questão de fundo por não ter em mão dados mais precisos, por exemplo, sobre a capacidade instalada da indústria nacional para produção, contudo, entendia que a discussão poderia ser feita considerando a produção nacional e a questão do preço. Também manifestou a sua discordância com relação à forma que o Ministério da Saúde encaminhou a questão, visto que os termos do acordo, em nenhum momento, foram submetidos à apreciação do CNS e que o Ministério da Saúde não respondera à resolução do CNS sobre a matéria. Por fim, avaliou que essa questão apontava a necessidade de o CNS assumir debate permanente sobre a questão dos medicamentos no Brasil. A propósito, o Ministro de Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**, manifestou-se nos seguintes termos: “Só um comentário. Eu não tenho nenhum reparo. Vocês têm a responsabilidade de definir a direção que o consenso, a maioria do Conselho crê que corresponda ao mesmo que eu quero que é o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e que nós mantenhamos a qualidade do Programa Nacional de AIDS, que é referência internacional. Agora, há duas questões aqui. Uma é a seguinte: eu conheço a tensão entre quem tem a responsabilidade da condução administrativa imediata e quem tem a possibilidade de pensar, considerando elementos talvez de referência mais amplo, de muita importância, mas, às vezes, sem vivenciar as situações concretas que eu vivenciei nesse processo de negociação, tanto que eu estou reafirmando aqui: acho ótimo que um representante do Conselho acompanhe as discussões a respeito das negociações que estão por vir. Uma coisa é dizer “pode deixar que nós produzimos” e você solicitar por escrito isso e receber como resposta “por enquanto, nós temos produção de bancada”. Ou seja, há dois passos: um é a produção de massa e, segundo, é a necessidade de se fazer testes de equivalência. Há outras questões também. Essa proposta de contrato foi mudada várias vezes. Por exemplo, estava escrito que o Brasil não podia contestar o Laboratório ABBOTT em relação a nenhum outro produto e isso sai da área de anti-retroviral. Daí nós reformulamos o texto e a área jurídica do Ministério considerou a que menos fere o interesse nacional. Inicialmente, estava escrito, por exemplo, que nós teríamos que comprar Kaletra por cinco anos, o que é inaceitável. Nem laboratório nacional vai querer comprar Kaletra se o Meltrex está sendo registrado nos Estados Unidos. Então, você gasta milhões para desenvolver um princípio ativo que depois será suplantado por um produto que o próprio laboratório com o qual você negociou vai produzir, significando avanço terapêutico, uma nova geração de medicamentos. Ao fazer isso, eu estou abstraindo a questão do contrato. Eu estou dizendo que o acompanhamento do Conselho é fundamental para verificar questões práticas. Eu sempre defendi na rua, vigorosamente, que não tinha que pagar a dívida externa “abaixo o FMI!”. Hoje eu descubro que 70% da dívida não é com o FMI, é interna. Os credores são internos. Ou seja, eu tive que reformular minha forma de pensar. A dívida externa brasileira é a mais bem equacionada. O problema aqui é a dívida interna, 70%. Tem que enfrentar até os bancos que têm 90% da carteira da dívida. Então, eu acho importante que o Conselho acompanhe as discussões com os outros laboratórios. Quem administra tem que pensar em abastecimento e desabastecimento, não tem jeito, senão, que sentido tem? Um ato político sem significado prático vira bravata e não tem importância nenhuma. Então, o que você colocou eu assino embaixo. Talvez nós pudéssemos ter encaminhado melhor à medida que alguém designado pelo Conselho acompanhasse com a equipe técnica do Ministério, que fez a negociação, o andamento das várias conversas. No final, se vocês querem saber, porque nós criamos uma situação de grande tensão, eles cederam muito além do que pretendiam. Eu

vou ouvir mais uma pessoa.” Conselheiro **Héder Murari Borba** perguntou se o Governo possuía uma ação ativa no sentido de fomentar os laboratórios oficiais do país para produção de anti-retrovirais. O Ministro de Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**, respondeu nos seguintes termos: “Primeiro, em relação ao Ritonavir e Liponavir, a constatação de Farmanguinhos e do Laboratório que poderia associar-se para produção é que nenhum, individualmente, conseguiria produzir. Agora, eu gostaria de dizer...Onde está o Jarbas? Há quanto tempo nós disponibilizamos o recurso para o Butantã? Quinze dias? Um mês? Há quinze dias nós repassamos recursos ao Butantã para desenvolvimento de vacina contra o Vírus H5M1, que é o vírus da gripe aviária. Então, todas as vezes que eu puder fazer isso, eu vou fazer. Eu não penso diferente. Nós estamos reativando os laboratórios militares. Haverá uma grande solenidade em Brasília, porque nós estamos repassando recursos para re-aparelhamento dos laboratórios da Marinha, da Aeronáutica que estão sucateados. Eu vou deixar o Moisés falar sobre isso depois, porque é a área dele, ciência e tecnologia. Nós temos investido dinheiro na pesquisa com células-tronco em hospitais públicos. Tem um hospital no Rio, público, que está em uma rede nacional de ponta na pesquisa de terapia celular. Isso tem caminhado, agora, para questões emergenciais, que tem prazo, às vezes não é tão simples assim. Por exemplo, nós já devíamos ter investido...Os laboratórios não produzem nenhum desses medicamentos. Então, a pergunta é a seguinte: para quebrar a patente é preciso produzir no país, se eu não tenho nenhum laboratório público ou privado que produz ainda, eu quebro a patente para fazer o quê? O Conselheiro Antônio Alves e o Secretário Moisés podem responder às questões daqui para frente.” Antes de o Ministro de Estado da Saúde retirar-se, o Conselheiro **Mário César Scheffer** perguntou se ele homologaria a Resolução do CNS nº 352/05. O Ministro de Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**, respondeu nos seguintes termos: “Não, eu não vou homologar. Estou preparando uma resposta, justificando o porquê dessa posição. Se eu homologar, vou ficar sem espaço para conduzir na linha que pretendo. Por exemplo, eu vou ter que fazer o licenciamento compulsório do Tenofovir sem produção nacional e eu gostaria de saber qual alternativa o Conselho me dá em um caso desse. Muito obrigado.” Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, destacou que o Conselho teria que definir como encaminhar dali em diante, já que aquela discussão não se encerraria naquele momento e o Plenário estava atrasado para a reunião com os líderes dos partidos políticos, na Câmara dos Deputados. Após considerações, o Plenário decidiu discutir a posição do Ministro de Estado da Saúde de não homologar a resolução do CNS, na perspectiva de definir encaminhamento, antes de ir para a atividade. De início, foi aberta a palavra ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS, **Moisés Goldbaum**, que falou sobre os laboratórios oficiais e a indústria nacional. Ressaltou que a questão era extremamente complexa e não poderia se restringir ao licenciamento compulsório de um único medicamento, porque isso teria reações em todos os níveis. Disse que havia problemas em relação aos laboratórios oficiais e à indústria privada nacional e internacional e, diante disso, informou que a Secretaria de Ciência e Tecnologia estava lançando uma Rede Brasileira de Laboratórios Oficiais para produção de medicamentos. Além disso, destacou que, em 2006, um percentual dos Fundos voltados a pesquisa e desenvolvimento seria destinado ao apoio para fármacos e medicamentos, dada a lacuna nessa área. Também se dispôs a voltar ao CNS e apresentar as ações da Secretaria na área da assistência farmacêutica para esclarecer o Plenário sobre a política de fármacos e medicamentos desejável para o país. Na sequência, foi aberta a palavra para encaminhamentos. Conselheiro **Eni Carajá Filho** propôs que, diante da colocação do Ministro de Estado da Saúde, o CNS deliberasse por encaminhar a Resolução nº 352 ao Ministério Público Federal para que o mesmo se manifestasse sobre a negativa da homologação. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** colocou que o Plenário teria apenas duas opções de encaminhamento: aceitar a posição do Ministro da Saúde ou sustentar a Resolução nº 352/05. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que Plenário teria que se manifestar sobre o fato de o Ministro da Saúde ter trinta dias para assinar uma resolução do CNS e a nº 352/05 ter sido aprovada no mês de agosto de 2005. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** lembrou que havia outras resoluções pendentes que aguardavam a assinatura do Ministro da Saúde. Nesse sentido, perguntou se o Plenário analisaria pontualmente a Resolução nº 352 ou envolveria as demais resoluções do CNS, aprovadas havia mais de trinta dias. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** ponderou que o Plenário deliberasse sobre a não homologação da nº 352/05 após apreciar as justificativas do Ministério da Saúde. Também se comprometeu a buscar negociação interna, visando encontrar melhor saída para a questão. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** defendeu que o Plenário sustentasse a Resolução nº 352/05, visto que os prazos legais, previstos no Regimento Interno do CNS, haviam se esgotado e a encaminhasse ao Ministério Público para análise acerca da sua não homologação, por parte do Ministro da Saúde. Diante dessas considerações, a Secretária-Executiva do CNS consultou o Plenário sobre como encaminhar a questão: aguardar até a próxima reunião as justificativas do Ministério da Saúde e retomar o debate a partir daí ou iniciar processo sobre a não homologação da Resolução nº 352/05. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** destacou que, caso o Plenário optasse por iniciar processo a respeito da 352/05, seria necessário considerar as demais resoluções pendentes, dado que o Regimento Interno do CNS definia que, em não havendo manifestação do Ministro da Saúde em trinta dias, o Conselho teria que tomar

providências. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** afirmou que aquele era um momento ímpar para que o CNS tomasse providência, uma vez que o Ministro de Estado da Saúde havia afirmado categoricamente, em Plenário, que não homologaria a Resolução nº 352/05, o que poderia colocar o Conselho em uma situação delicada. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, entendendo que seria necessário definir naquele momento encaminhamento para Resolução nº 352, colocou em apreciação as duas propostas apresentadas: aguardar as justificativas do Ministério da Saúde para definir encaminhamento a partir daí ou iniciar processo em relação à homologação da Resolução nº 352/05. Conselheira **Carmen Zanotto** disse que seria prudente aguardar as justificativas do Ministério da Saúde, dada a afirmação do Ministro da Saúde de que não assinara a resolução nº 352/05 diante da real ameaça de desabastecimento. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** também sugeriu que o Plenário seguisse a orientação do Regimento Interno que determina, na hipótese de não homologação, que a matéria retorne ao CNS, na reunião seguinte, acompanhada de justificativa do Ministério da Saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou novo encaminhamento nos seguintes termos: estabelecer o prazo de trinta dias para que o Governo se manifestasse formalmente sobre as resoluções do CNS pendentes para, a partir daí, deliberar sobre a questão. A Secretária-Executiva do CNS, insistiu que, naquele momento, o Plenário definisse encaminhamento para a Resolução nº 352/05. Com a anuência do Plenário e após verificação do quórum, colocou em votação as duas propostas: **1) aguardar as justificativas do Ministério da Saúde até a próxima reunião para definir encaminhamento a partir daí; ou 2) não aguardar as justificativas do Ministério da Saúde e acionar o Ministério Público Federal diante da não homologação da Resolução nº 352/05. A proposta número 1 recebeu quinze votos e a proposta 2, nove votos.** Definido esse ponto, destacou que o Plenário teria que se manifestar sobre a proposta do GT AIDS do CNS de formar um grupo do Conselho para debater a situação da indústria farmacêutica e sobre a solicitação do Ministro da Saúde de designar um representante do CNS para acompanhar as negociações com os laboratórios. Contudo, sugeriu que essas questões fossem discutidas após a reunião com os líderes dos partidos políticos, no Auditório Nereu Ramos, da Câmara dos Deputados, sobre a regulamentação da EC nº 29. Em sendo assim, os trabalhos foram interrompidos e os conselheiros dirigiram-se à Câmara para participar da atividade prevista na pauta da reunião. **ITEM 8 - MOVIMENTO PELA REGULAMENTAÇÃO DA EC nº 29 - MARCHA ORGANIZADA PELA CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS - REUNIÃO COM OS LÍDERES DOS PARTIDOS POLÍTICOS.** Reiniciando os trabalhos, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, retomou as duas propostas que necessitavam de encaminhamento, sendo: formação de grupo do Conselho para verificar junto à indústria nacional as informações sobre sua capacidade de produção levando em conta o preço e importação de matéria prima; e indicação de um representante do CNS para acompanhar as negociações do Ministério da Saúde com os laboratórios. Em relação ao grupo, explicou que teria como atribuição promover articulação política com os conselheiros dos estados que possuem laboratórios públicos, visando obter dados que subsidiassem o debate permanente dessa temática do CNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que o grupo verificasse os projetos de desenvolvimento dos laboratórios. Conselheira **Noemy Yamaguishi Tomita** sugeriu que a Associação dos Laboratórios Nacionais da Indústria Farmacêutica (ALANAC) e a Associação Brasileira da Química Fina (ABIFINA) fossem convidadas a participar desse debate, pois possuíam dados detalhados da indústria farmacêutica. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** propôs que o grupo discutisse, além da política de assistência farmacêutica a pessoas com a AIDS, a proposta de repasse de recursos para recuperação do parque dos laboratórios farmacêuticos militares, visto que não faziam parte do SUS e receberiam recursos da saúde. **Após essas considerações, o Plenário decidiu criar um GT com cinco conselheiros para discutir a política de medicamentos, verificando a capacidade de produção da indústria nacional. De início, foram indicados os Conselheiros Carlos Alberto Duarte e Volmir Raimondi. Os demais nomes deveriam ser indicados até o final da reunião. A discussão sobre a Resolução nº 352 seria retomada após a apresentação das justificativas do Ministério da Saúde sobre a sua não homologação.** Continuando, foi iniciada a discussão do item relativo à 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, apreciação do Documento-Base. Os Conselheiros **Ary Paliano, Clóvis A. Bouffleur e Luiz Augusto A. Martins** assumiram a coordenação dos trabalhos e definiram a dinâmica para a apreciação do documento. Os Conselheiros **Ary Paliano e Luiz Augusto A. Martins** procederam à leitura do documento enquanto os conselheiros faziam destaques ao texto. Concluída a leitura, Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** informou que todas as siglas do documento seriam traduzidas. Em seguida, abriu a palavra para apresentação dos destaques. **Após longo debate, o Plenário aprovou as seguintes alterações ao texto: 1) Eixo temático I: Direito à saúde – a) Introdução:** exclusão do trecho “na Medida Provisória nº 1.911-8, de 27/08/99”, que transfere as responsabilidades pela saúde indígena para o Ministério da Saúde; e exclusão do trecho “Transtornos como alcoolismo, as doenças sexualmente transmissíveis e as doenças crônico-degenerativas como hipertensão e diabetes, ainda representam um desafio para a promoção da saúde indígena.”; **b) Obstáculos e desafios:** reformulação do segundo período do primeiro parágrafo, que passou a ter como redação: “Esta situação é agravada pela dificuldade de adequação institucional às necessidades para execução das ações

previstas e pela incipiente articulação com secretarias estaduais e municipais.”; e inclusão do parágrafo “Transtornos como o alcoolismo, as doenças sexualmente transmissíveis e as doenças crônicas degenerativas como hipertensão e diabetes, ainda representam um desafio para a promoção da saúde indígena”; **c) Propostas:** *I - Avaliação do Subsistema de Saúde Indígena:* no primeiro item, exclusão do trecho “transformando-os em unidades gestoras.”; *II - Organização da Atenção à Saúde:* reformulação do terceiro item que passou a ter como redação “Elaboração e implementação de uma política de assistência farmacêutica, que esteja em consonância com a política existente já implantada que contemple as práticas tradicionais indígenas”; *III - Intersetorialidade como estratégia na implementação das ações de saúde* – nova redação ao segundo item nos seguintes termos “Avanço no processo de integração com outras instâncias do governo e da sociedade civil, potencializando as ações de política de saúde indígena, garantindo a participação popular, o controle social e a consolidação do SUS”; *IV - Desafios epidemiológicos e atenção às regiões de fronteira* – nova redação nos seguintes termos: “Intensificação das ações de controle de endemias: malária, hanseníase, tuberculose e DST/Aids”; **2) Eixo Temático II: Controle Social e Gestão Participativa:** **a) Introdução:** - inclusão do trecho “Tal dinâmica deve estar sintonizada com a regulamentação da constituição à participação da comunidade, referenciando-se ainda a Resolução 333/2003.”; **b) Propostas:** inclusão do trecho, conceituando Controle Social e Gestão Participativa nos seguintes termos: “Conceitualização legal - Controle Social: como elemento central da participação da comunidade indígena e não indígena, na formulação e controle de políticas setoriais articuladas com a política nacional de saúde. Gestão Participativa: componente que deve estar inserido em todas as fases da gestão das ações e serviços de saúde.”; *I - Avaliação da atuação dos Conselhos de Saúde Indígena:* nova redação ao primeiro item nos seguintes termos: “Avaliação sobre a inclusão da temática da criança, do adolescente, do jovem, do adulto e do idoso na agenda dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena”; *II - Participação indígena nas esferas municipal, estadual e federal:* exclusão do último item “Priorização da participação indígena nos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente e Conselhos Tutelares dos municípios com significativa população indígena.”; *III - Capacitação continuada de conselheiros:* no primeiro item, exclusão do trecho “como multiplicador do controle social e da gestão participativa.”; e no último item, exclusão da palavra “indígena” após “para possibilitar tanto aos conselheiros”; *IV - Modelos de Gestão Participativa* – segundo item: substituição de “Solicitar aos” por “Exigir dos”; terceiro item: acréscimo do trecho “trimestrais aos Conselhos de Saúde Indígena” após “Que a Funasa realize prestação de contas”; e inclusão de novo item nos seguintes termos “Garantir a participação da comunidade indígena, trabalhadores e prestadores na avaliação e implementação dos planos distritais de saúde.”. **3) Eixo temático III: Desafios indígenas atuais:** **a) Obstáculos e Desafios** – no terceiro parágrafo, substituição da expressão “na sua amplitude” por “em sua amplitude”; **b) Propostas - Desafios Indígenas Atuais:** *I - Atenção à saúde dos indígenas que vivem fora das terras indígenas e dos povos em demanda de reconhecimento* – inclusão de trecho ao primeiro e único item, que passou a ter a seguinte redação “Cadastramento dos indígenas que vivem fora das aldeias respeitando-se o direito individual da pessoa a ser cadastrada ou não”; *III - Respeito às práticas tradicionais de cura e autocuidado:* nova redação ao segundo item nos seguintes termos: “Elaboração de um diagnóstico sobre o ponto de vista dos indígenas acerca dos serviços de assistência à saúde de suas respectivas comunidades, tendo como eixo de análise a articulação entre os subsistemas de saúde indígena e o SUS”; e *IV - Estudos e pesquisas aplicados às demandas dos povos indígenas:* nova redação ao terceiro parágrafo nos seguintes termos: “Aplicação dos princípios éticos na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas”. **4) Eixo temático IV - Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde:** **a) Propostas:** *II - Avaliação da atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena:* primeiro item: exclusão do trecho “na seleção”; segundo item: exclusão da palavra “outros”; *III - Articulação da FUNASA com outras instâncias da educação profissional para formação de trabalhadores em saúde indígena* - substituição do segundo item “Garantir que a Funasa promova a priorização e qualificação, junto com o Ministério da Educação, e profissionais de saúde para as áreas indígenas por “Garantir que a Funasa e os DSEIs, promovam conjuntamente a qualificação e formação e profissionais de saúde indígena para as áreas indígenas, envolvendo prioritariamente as Escolas Técnicas do SUS/ETSUS e demais instituições formadoras”; e inclusão de novo item nos seguintes termos “Que o Ministério da Saúde, em conjunto com o MEC, promova a formação profissional de trabalhadores para a saúde indígena”; *V - Formação de trabalhadores para atenção à saúde indígena:* substituição do segundo item por “Que a contratação de profissionais se dê conforme a legislação vigente”. **5) Eixo temático V - Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável:** **a) Introdução:** reformulação do último período do texto, que passou a ter como redação: “O documento final das oficinas, em anexo, é uma referência para as definições de políticas de segurança alimentar com as populações indígenas.”; **b) Obstáculos e Desafios** – no segundo parágrafo, reformulação do primeiro período, que passou a ter como redação “As ações emergenciais visam resolver os danos da desnutrição nas condições de saúde da população.”; e **c) Propostas** – *Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável:* *I - Avaliação da demarcação, homologação, desintrusão e proteção dos territórios indígenas* - condição indispensável à melhoria da

saúde e da vida dos povos indígenas – nova redação ao terceiro item nos seguintes termos “Garantia da inclusão das populações indígenas nas instituições de governo visando uma alimentação adequada e saudável e compatível com sua cultura”. Concluído esse ponto, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os trabalhos do segundo dia de reunião, estando presentes os seguintes conselheiros: **Antônio Alves de Souza, Augusto Alves do Amorim, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, João José Cândido da Silva, Maria Helena Baumgarten, Maria Leda de R. Dantas, Nildes de Oliveira Andrade, Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi e Wander Geraldo da Silva. Suplentes: Ary Paliano, Carmen Zanotto, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Fernando Luiz Eliotério, José Eri Medeiros, Lérica Maria dos Santos Vieira, Lílian Alicke, Maria Irene Monteiro Magalhães, Maria Thereza Almeida Antunes, e Noemy Yamaguishi Tomita.** A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou os trabalhos do terceiro dia de reunião, definindo a coordenação das mesas de debate. Em seguida, passou ao primeiro item da pauta. **ITEM 09 – ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE** – Os Conselheiros **João Donizeti Scaboli** e **Rosane Maria Nascimento da Silva** assumiram a coordenação dos trabalhos e convidaram para compor a mesa os integrantes da Comissão de Eliminação da Hanseníase do CNS (CIEH/CNS), **Artur Custódio de Souza** e **Maria Leda de R. Dantas** e a representante da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, **Sandra Petros**. Antes de abrir a palavra aos expositores, a Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** informou que havia sido justificada a ausência do Subsecretário de Direitos Humanos do Ministério da Justiça, **Mário Mamede Filho**. Em seguida, passou a palavra à representante da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, **Sandra Petros**, que falou sobre a situação atual da hanseníase no Brasil e as perspectivas. Antes de iniciar a sua apresentação, a representante da SVS manifestou satisfação em discutir o tema no CNS e justificou as ausências da coordenadora do Programa de Eliminação da hanseníase, **Rosa Castaglia**, e do Secretário de vigilância em Saúde, **Jarbas Barbosa**. Começando, explicou que no início de 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apontava nove países que não haviam atingido a meta de eliminação, entre os quais o Brasil. Destacou que, apesar de figurar com a maior prevalência do mundo, o Brasil não apresentava a maior taxa de detecção. Disse que, em março de 2004, o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) foi reestruturado e reconhecido como prioridade de gestão do Ministério da Saúde. A partir daí a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) vinha trabalhando no fortalecimento de estratégias para o alcance da meta de eliminação baseando-se em três pontos fundamentais, sendo eles:

1º - Que a atualização de dados é condicionante para a distribuição racional de medicamentos e para a interpretação válida e confiável da magnitude e dos níveis endêmicos da hanseníase nas diferentes regiões do Brasil; **2º** - Que a redução da taxa de prevalência até a eliminação, através da cura dos pacientes e da interrupção da cadeia de transmissão, depende da capacidade do SUS de diagnosticar os casos na fase inicial da doença e tratá-los com poliquimioterapia (PQT); e **3º** - Que a redução da carga social por incapacidade física depende do aumento da detecção precoce, além da oferta de terapêutica adequada às incapacidades já instaladas. Seguindo, apresentou resultados do estudo de coeficientes de prevalência e detecção de 1994 a 2003, conforme dados publicados pelo Ministério da Saúde, sendo:

coeficientes de prevalência de 1998 a 2003 estacionados em torno de 4 casos para 10.000 habitantes; e coeficientes de detecção de 1994 a 2003 no patamar de 2 casos para 10.000 habitantes, não revelando o impacto esperado a despeito dos esforços realizados no período. Explicou que, em 2005, o Ministério da Saúde decidiu adotar os critérios preconizados pela OMS para o cálculo do indicador de prevalência da hanseníase e, com esta adequação, a prevalência do Brasil alcançou 1,71 casos de hanseníase por 10.000 habitantes ao final de 2004, comprovando o quanto o país estava próximo da eliminação. Destacou que, sem esta adequação de parâmetros, onde se incluem no cálculo da prevalência apenas os casos em curso de tratamento, os dados de hanseníase do Brasil não podiam ser comparados com outros países. Seguindo, ressaltou que o sistema de informação era essencial para avaliação e monitoramento da magnitude da doença e das ações de vigilância. Nesse sentido, disse que o SINAN gerava uma base de dados com todos os casos de hanseníase notificados no país. Assim, desde março de 2004, o PNEH analisava a base de dados do SINAN da hanseníase por meio do aplicativo Hanswin, disponibilizava a base de dados nacional via Web (www.datasus.gov.br) no Tabnet, e ainda utilizava os recursos do Tabwin. Sobre a situação atual, destacou: a existência de 30.693 casos em tratamento com o esquema PQT/OMS na rede pública de saúde em dezembro/2004; a detecção de uma média de 40.000 casos a cada ano, nos últimos cinco anos; 8% dos casos novos ocorrem em crianças; concentração da hanseníase nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; e, de acordo com os parâmetros da OMS, em dezembro de 2004, as regiões Sul e Sudeste alcançaram o nível de eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública.

. Detalhou apresentando quadro com a prevalência e detecção da hanseníase por Regiões, destacando que a endemia estava mais evidente no Centro-Oeste que apresentava 10,18 casos para cada 10 mil

habitantes e a Região Sul apresentava 1,71 casos/10 mil habitantes, o que fazia como que o país como um todo, apresentasse a taxa de prevalência de 1,71 casos. Sobre os municípios brasileiros (5.560), informou que 30% (1.670) apresentavam taxa de prevalência maior ou igual a um caso por 10.000 habitantes. Seguindo, detalhou que seis Unidades Federadas alcançaram a meta de eliminação, sete estavam próximas e quatorze poderiam não alcançar até o final do ano (seis com dois a 2,99 casos por 10.000 habitantes e oito com mais de três casos por 10.000). Seguindo, falou sobre os maiores avanços alcançados no que diz respeito à eliminação da hanseníase, com destaque para: inclusão e manutenção do tema na agenda política do Governo Federal; duplicação do orçamento; contratação do Grupo Tarefa – Hanseníase; participação dos municípios prioritários nas reuniões macrorregionais; informação atualizada, analisada e disponibilizada na internet e outros meios (Cartas de Eliminação e Sala de Situação no CONASEMS); suprimento de medicamentos regularizado, adequação do cálculo de quantidades e descentralização da distribuição; ampliação da cobertura de serviços em 30%; inclusão da hanseníase na agenda de Direitos Humanos; e Hospitais colônia: diagnóstico finalizado e processo de reestruturação em curso – qualidade de vida e cuidados nos três níveis de complexidade para os moradores destas instituições. Prosseguindo, comentou sobre as Cartas de Eliminação da Hanseníase, explicando que se tratavam de instrumento político de informação, participação e acompanhamento dos progressos de eliminação, constituindo-se em um mecanismo de motivação e estímulo para participação dos gestores estaduais de municipais. Destacou que o resultado esperado dessas cartas era subsidiar a decisão de ampliação da cobertura de diagnóstico e tratamento integrada na atenção básica, visando reduzir a morbidade e as incapacidades físicas decorrentes do diagnóstico tardio. Esclareceu que as cartas de eliminação eram produzidas a partir de informações fornecidas pelos Estados e a cada três meses o Ministério da Saúde produzia e divulgava novas edições. Também destacou o crescimento do processo de descentralização em termos de cobertura municipal e de unidades de notificantes de hanseníase. Finalizando, apresentou os principais objetivos e desafios para o período de 2006 a 2010, sendo: prover acesso ao diagnóstico de qualidade, tratamento, cura e reabilitação - ampliar cobertura de serviços; proteger as novas gerações promovendo o decréscimo da incidência entre crianças; proporcionar qualidade de vida e cuidados nos três níveis de complexidade aos pacientes vivendo em antigos hospitais colônia; promover mobilização social e abordagem de direitos humanos; fornecer dados de qualidade, com a agilidade necessária para tomada de decisão adequada; e fortalecer vigilância epidemiológica, especialmente em municípios prioritários. Por fim, destacou que se esperava alcançar a meta de eliminação em nível nacional em dezembro de 2005 e em estados e municípios até 2010 e a maior preocupação estava no elevado número de casos de hanseníase entre crianças, que reflete as fragilidades nas ações da vigilância epidemiológica, como o exame de contatos. Na sequência, Conselheira **Maria Leda de R. Dantas**, da CIEH/CNS, falou sobre a sua experiência em trabalhar com a questão da hanseníase. Disse que viveu em uma época em que os indivíduos possuíam uma visão retorcida da questão e o medo os incapacitou de ver a pessoa com hanseníase como parte da humanidade. Ressaltou que a realidade da hanseníase era tão dramática que não era possível de ser dizível e, na sua visão, o CNS deveria definir estratégias voltadas a acabar com o preconceito em relação à hanseníase, de forma a trazer a sociedade civil para a luta pela eliminação da doença como problema de saúde pública. Além disso, falou sobre a fragilidade das ações de saúde que podia ser comprovada observando-se o elevado número de casos de hanseníase entre crianças. Prosseguiu ressaltando ser importante que todos os setores da saúde apresentassem ações voltadas a atingir a meta de eliminação da doença no país e, na oportunidade, agradeceu todos que contribuíam para a efetivação do trabalho da Comissão. Por fim, ressaltou que a Comissão havia feito a sua parte, cabendo a cada um dos integrantes do Conselho cumprir a sua. Encerrou a sua intervenção, citando o seguinte verso do escritor Nietzsche para reflexão “Nós, os novos, os sem nome, os difíceis de entender, os nascidos cedo de um futuro ainda indemonstrável, nós precisamos de uma nova saúde, de uma saúde mais forte, mais engenhosa, mais tenaz, mais temerária, mais alegre do que todas as saúdes que houve até agora.” Seguindo, Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** fez uma abordagem sobre os pontos que subsidiaram a Comissão na elaboração de seu Plano de Trabalho da CIEH/CNS (2005-2006), que possui como objetivos: **1)** contribuir para a eliminação da hanseníase no Brasil, focalizando-a como agenda de Governo – setor saúde; **2)** assessorar o CNS na formulação de estratégias para acelerar a eliminação da doença, qualificar o tratamento, reduzir a incidência de seqüelas e promover ações que permitam um estágio de reabilitação segundo a complexidade da evolução do agravo; **3)** contribuir na promoção, organização, regulação, acompanhamento e avaliação do conjunto de ações da saúde para a efetiva eliminação da hanseníase; e **4)** propor ao Plenário que apóie a intensificação das ações para a eliminação da hanseníase nos municípios dos estados da Amazônia Legal, iniciando como projeto piloto

para diagnóstico, regulação e observação das ações o Estado do Maranhão. De início, destacou que apesar de o país estar próximo de alcançar a meta de eliminação da hanseníase na média nacional, a distribuição da enfermidade no Brasil não era homogênea, visto que alguns estados já haviam alcançado a meta e outros apresentavam altas taxas de prevalência. Também chamou a atenção para o avanço do Programa de Eliminação da Hanseníase no último ano, contribuindo para alcançar a meta de eliminação. Lembrou que o Governo Lula assumiu o compromisso de eliminar a hanseníase como um problema de saúde pública. Apesar desses avanços, disse que era preciso enfrentar, de fato, dois problemas: como lidar com a hanseníase hoje e como dar dignidade às pessoas com hanseníase do passado, que viveram em Hospitais Colônias. Ressaltou que a hanseníase era uma doença negligenciada caracterizada por baixo comprometimento político; pouca informação; pouco poder de pressão dos grupos atingidos; camadas sociais menos favorecidas como mais atingidas; incapacita mais do que mata; e imagem negativa. Destacou que os principais desafios a serem vencidos eram impedir as seqüelas, principalmente em crianças e garantir o acesso ao tratamento e evitar a divulgação de informações erradas sobre a doença que causavam preconceito e medo. A propósito, mostrou exemplos de materiais publicitários que apresentavam problemas. Seguindo, apresentou propostas visando à eliminação da Hanseníase, com destaque para a importância da atuação do CNS junto aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, incentivando a fiscalização dos recursos repassados Fundo a Fundo para Estados e Municípios voltados ao combate à hanseníase e a participação das entidades nesse processo; divulgação de material para campanha e promoção de campanha publicitária sobre a hanseníase; abertura e incentivo a novos centros de pesquisa e ampliação do leque de pesquisas; ordenamento da atuação das ONGs estrangeiras que atuam no país; atuação em populações específicas – indígenas, quilombolas, ribeirinhas, áreas de extrema pobreza, áreas de violência, presídios, prostitutas, municípios de fronteira; e participação dos Pólos de Educação Permanente nesse processo. Na seqüência, falou sobre a questão dos hospitais colônias, destacando o compromisso social de garantir a preservação do patrimônio desses antigos hospitais e a memória das pessoas que viveram o que vivem neles. Nesse sentido, informou a realização de seminários sobre hospitais colônias nos estados e um nacional que gerou 126 propostas quanto à saúde, à questão dos habitantes, à recuperação dos prédios públicos; à segurança, à estratégia de comunicação, às políticas públicas de saúde e assistência social, entre outros. Em relação às colônias, propôs que o CNS integrasse a comissão de Conselhos, do Ministério da Justiça e incentivasse a disponibilização de recursos para recuperação desses locais. Além disso, salientou ser importante incluir as regiões onde estavam instalados os hospitais colônias como área de abrangência do PSF, assegurando a assistência domiciliar aos pacientes com limitações físicas e conseqüentes dificuldades de locomoção. Também enfatizou a necessidade de garantir atenção aos idosos e ao portador de deficiência e definir política de saúde bucal e mental às pessoas com hanseníase. Por fim, falou sobre a proposta de realizar no dia 30 de janeiro de 2006 um encontro com dezesseis líderes visando à inclusão da Hanseníase na proteção de Direitos Humanos. Concluídas as apresentações, foi aberta a palavra para intervenções do Plenário. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** cumprimentou os expositores pelas apresentações e destacou a necessidade de o CNS pensar alternativas para garantir a implementação da Política de Eliminação da Hanseníase por estados e municípios. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** também parabenizou os expositores pela forma com que abordaram a temática. Ressaltou que para atingir a meta de eliminação da hanseníase era preciso, além dos vários esforços, qualificar os profissionais de saúde para o tratamento das pessoas com Hanseníase, reverter o modelo de atenção vigente, garantir a vigilância sanitária e epidemiológica e educar a população. Nessa ótica, propôs que o CNS promovesse articulação com os Conselhos Estaduais e Municipais para que definam ações voltadas à eliminação da hanseníase em todo o território nacional. Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** falou sobre a sua experiência com Bacurau, fundador do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) e da sua importância para a luta da eliminação da hanseníase. Além disso, enfatizou a importância das propostas de criar formas de reconhecimento da participação relevante no processo de eliminação da Hanseníase – concursos, prêmios e homenagens - e de treinar os agentes do PSF para diagnóstico e tratamento das pessoas com Hanseníase. Conselheiro **Eni Carajá Filho**, de início, questionou os critérios e exigências de assinatura para repasse de verbas Fundo a Fundo para os hospitais colônias e, a propósito, citou o caso de Hospital Colônia no Espírito Santo, que enfrentava grandes dificuldades em conseguir recurso. Também salientou a necessidade de discutir uma política para os Centros de Referência em Hanseníase e implantação de novas unidades, bem como a revisão do processo de acesso das pessoas ao atendimento. Por fim, reconheceu o apoio do CNS à política de eliminação da hanseníase, contudo, salientou a necessidade de maior participação nas atividades relativas à hanseníase, como, por exemplo, os seminários macrorregionais. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** cumprimentou a mesa pela exposição e destacou o comprometimento da Pastoral da Criança com a causa de eliminação da hanseníase. A propósito, citou como ações a capacitação de 27 mil líderes comunitários da Pastoral da Criança, organização de material educativo sobre o assunto e coleta de dados mensal a partir de sistema de informação – suspeita de caso, continuidade do tratamento e

resistência ao medicamento, iniciativas nos municípios prioritários (dez casos/10 mil habitantes) e participação nos encontros macrorregionais. Além disso, solicitou à representante da SVS que comentasse a eficácia da vacina BCG na prevenção da hanseníase, dado o percentual elevado de casos em crianças, apesar da boa cobertura vacinal. Por fim, sugeriu que o Ministério da Saúde trabalhasse também com estados prioritários, que apresentam as maiores taxas de prevalência e de detecção de casos novos e que o CNS recomendasse aos Conselhos Estaduais e Municipais a definição de estratégias para eliminação na hanseníase. Concluído esse bloco de intervenções, foi aberta a palavra à mesa para resposta. A representante da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, **Sandra Petros**, explicou que a SVS destacou 206 Municípios prioritários, que representam 72,4% da carga da doença no país, contudo, ratificou a proposta de trabalhar com estados prioritários, que apresentam altas taxas de prevalência. Além disso, informou que o montante de recursos repassado Fundo a Fundo a estados era diferenciado, visto que se baseava no perfil epidemiológico de cada um. Sobre essa questão, disse que seria importante a atuação do controle social no que diz respeito à aplicação desses recursos. Em relação à vacina BCG, destacou que não era muito eficaz para a prevenção nem da tuberculose, nem para o contato de hanseníase. Ressaltou que, para contato, preconizava-se duas doses, com intervalo de seis meses entre uma e outra. Além disso, informou que há três anos, a Área Técnica de Dermatologia Sanitária declarou que a cobertura vacinal da BCG para contato não deveria mais ser feita. Por fim, esclareceu que a proposta do Projeto do Hospital Colônia do Espírito Santo chegara ao Programa no dia anterior e seria avaliada. Feitos esses esclarecimentos, foi aberta a palavra para os demais conselheiros inscritos. Conselheiro **Solange Gonçalves Belchior**, a princípio, informou que havia sido incluída no calendário básico a segunda dose da BCG para crianças, a fim de ampliar a eficácia da vacina e garantir cobertura para as formas graves de tuberculose e hanseníase. Além disso, solicitou à representante da Secretaria maiores esclarecimentos sobre os dados epidemiológicos dos municípios, por entender que não eram fidedignos. Também apresentou as seguintes propostas em relação à Hanseníase: formação de profissionais de saúde para atuar na reabilitação dos pacientes; ação conjunta do CNS com a Secretaria de Gestão Participativa no sentido de informar os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para que acompanhem a aplicação dos recursos repassados para a eliminação da doença; e promoção de campanhas na mídia para a detecção precoce. Por fim, salientou a necessidade de equipes multidisciplinares na atenção e promoção de ações intersetoriais. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** manifestou a sua concordância com as ações propostas para eliminação da hanseníase por entender que eram factíveis, contudo, avaliou que a dificuldade de implementá-las estava no fato de envolverem outras áreas – esporte, trabalho, previdência, educação, saneamento, higiene, entre outras. Também falou sobre a situação dos trabalhadores que iriam tratar a doença, que não eram capacitados e qualificados para atender as pessoas com Hanseníase e fazer busca ativa da doença. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, a princípio, manifestou apoio à proposta da CIEH/CNS de desenvolver projeto piloto para diagnóstico, regulação e observação das ações voltadas à eliminação da hanseníase, centrando no Estado do Maranhão e envolvendo governador, secretários municipais e estaduais de saúde, hospitais colônias e o movimento político do Estado. Também apresentou a proposta de as Secretarias do Ministério da Saúde apresentarem os seus planos de trabalho para a eliminação da hanseníase e de criar incentivo adicional ao PAB visando a ampliação da rede assistencial para o diagnóstico e tratamento e incremento nos valores dos procedimentos de alta e média complexidade referentes aos casos avançados da doença. Além disso, disse ser importante estabelecer prazo para analisar os impactos e resultados das ações do Governo voltada à erradicação da doença. Por fim, lembrou que o Plenário aprovou recomendação ao Ministério da Saúde de que fosse constituído comitê para tratar sobre a questão da Hanseníase, entretanto, o mesmo não havia sido constituído até aquele momento. Nesse sentido, salientou que era preciso analisar a necessidade de criação desse comitê ou não. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** manifestou a sua satisfação com o debate do tema no CNS e fez uma avaliação sobre a hanseníase no país. Também salientou a necessidade de os profissionais de odontologia, que atuam nas equipes de saúde bucal do PSF, serem capacitados para realizar o diagnóstico precoce da Hanseníase e apelou para que o Governo construísse Centros de Reabilitação das Deformações Crânio-faciais para tratamento das pessoas atingidas pela doença. Conselheira **Carmen Zanotto** perguntou quais eram as dificuldades enfrentadas pelos municípios na aplicação dos recursos destinados à erradicação da hanseníase. Também salientou a necessidade de definir Estados prioritários para a atuação do Ministério da Saúde. Por fim, sugeriu que o Plenário aprovasse resolução do CNS sobre a meta da erradicação da Hanseníase em 2010. Conselheira **Francisca Valda da Silva** destacou que uma parte das ações voltadas à eliminação da hanseníase era no campo intersetorial, sendo necessário o envolvimento de várias áreas, inclusive a sociedade civil e a academia. Além disso, salientou a necessidade de divulgar informações sobre a doença, a partir da arte. Conselheira **Maria Thereza M. C. Rezende** cumprimentou os expositores pelas apresentações e parabenizou, na pessoa do Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro**, todos os médicos pelo dia 18 de outubro. Além disso, salientou a necessidade de o GT de Atenção Básica do CNS iniciar debate sobre as deficiências da Atenção Básica

no que se refere ao diagnóstico e tratamento da hanseníase. Sugeriu que as demais entidades, a exemplo do Conselho Federal de Fonoaudiologia, divulgassem em seus meios de comunicação – jornal, revista, entre outros – informações sobre a hanseníase e formas como cada profissional poderia contribuir na eliminação da doença. Por fim, ratificou a proposta de ser aprovada recomendação do CNS aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para que priorizem ações de eliminação da hanseníase. Concluído esse bloco de intervenções, foi aberta a palavra aos integrantes da mesa para comentários. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza**, de início, sugeriu que o CNS e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa discutissem a Lei de Responsabilidade Sanitária, visando definir com clareza as responsabilidades dos gestores estaduais e municipais no que se refere à saúde. Também ponderou sobre a possibilidade de criação de um grupo específico para acompanhar o impacto dos recursos repassados aos municípios e de comitês locais nos hospitais colônias para verificar a aplicação dos recursos. Disse que seria importante discutir a responsabilidade e o compromisso do Estado com as pessoas isoladas da sociedade durante vários anos e destacou a necessidade de o Estado exercer papel de indutor de pesquisas sobre Hanseníase. Ponderou também sobre a possibilidade de realizar seminário de Conselhos Estaduais para discutir propostas voltadas à eliminação da Hanseníase no país. Informou que alguns estados não seguiam as normas técnicas para tratamento da hanseníase, o que demandava uma ação mais efetiva por parte do Controle Social e do Governo. Em relação à informação, propôs que fossem discutidas formas alternativas para trabalhar a questão da hanseníase, assegurando a criatividade na comunicação. Também informou que o Centro de Referência em Hanseníase de Uberlândia já havia sido reconhecido como tal. Sobre a BCG, sugeriu que o CNS solicitasse à área técnica do Ministério da Saúde esclarecimentos sobre os motivos de os dados sobre a cobertura vacinal não estarem dispostos no sistema de informação. Também ratificou a proposta de definir política voltada aos municípios vizinhos àqueles que apresentavam altas taxas de prevalência. Sobre a reabilitação, disse que era preciso avançar nesse sentido, visto que o número de amputações era maior que o número de reabilitações. Seguindo, propôs a realização de um seminário para discutir o processo de eliminação da Hanseníase, com a participação do Ministério Público, da sociedade civil, entre outros atores e um seminário interno, do Ministério da Saúde, para discutir o papel de cada Secretaria no processo de eliminação da hanseníase. Sobre a saúde bucal, disse que era preciso discutir a Atenção à Saúde Bucal em relação à hanseníase e como os profissionais da área poderiam interferir na política do Ministério da Saúde. Em relação aos hospitais colônias, disse que, para o movimento social, esses locais eram comunidades que possuíam um hospital. Assim, a definição do papel desses hospitais poderia ser feita pela gestão, mas com a participação da sociedade civil. Por fim, apresentou as propostas de criar museu de preservação do patrimônio cultural e da memória dos hospitais colônias e de elaborar Lei do Exilado Sanitário, garantindo que as pessoas exiladas por conta hanseníase pudessem ser indenizadas. A representante da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, **Sandra Petros**, destacou que os dados sobre hanseníase, com os quais o Ministério da Saúde trabalhava, eram coletados por estados e municípios. Também informou que na página do CONASEMS estava disponibilizada carta de recomendações sobre a Hanseníase. Em relação à mídia, disse que no dia 23 de outubro de 2005 seria lançada uma nova campanha voltada à eliminação da hanseníase. A propósito dos hospitais colônias, destacou que a intenção do Ministério não era reestruturar esses locais para atenderem os pacientes, visto que o atendimento deveria ser feito em hospital geral. Além disso, ressaltou que o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase trabalhava a partir da lógica do SUS, assim, as ações abarcavam os 5.560 municípios do país, com ênfase nos 206 prioritários. Por fim, agradeceu novamente a oportunidade de discutir a questão da hanseníase no CNS. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** disse que tomou nota das contribuições dos Conselheiros para incluí-las no plano de trabalho da Comissão. Também manifestou o seu desejo de a hanseníase ser pensada como alavanca de modificação do SUS e das práticas em saúde. Em relação ao preconceito, disse que deveria ser trabalhado no coletivo – pessoas com deficiências, por exemplo. Também destacou que o problema não era exatamente a falta de informação, mas sim, de formação dos profissionais para trabalharem com a questão. Por outro lado, disse que várias pessoas com experiência na área eram impedidas de trabalhar pelo autoritarismo da gestão do SUS. Nesse sentido, salientou a necessidade de a Secretaria de Gestão Participativa e Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde discutirem a ciência da administração de forma a modificar o modelo de gestão da saúde no país. Falou, ainda, sobre a importância da participação das entidades patronais no processo de eliminação da hanseníase. Ressaltou também a necessidade de o CNS lutar pela Lei de Responsabilidade Sanitária, que definiria claramente as responsabilidades dos gestores com a saúde. Falou também sobre as pessoas que dedicaram a vida à causa da hanseníase e, a propósito, manifestou o desejo de que cada um fosse militante do movimento pela vida. Na sequência, Conselheira **Rosane Nascimento da Silva** passou à definição dos encaminhamentos, colocando em apreciação o Plano de Trabalho da Comissão, com os adendos dos conselheiros. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** sugeriu que o Plenário aprovasse recomendação convocando estados e municípios a participarem da mobilização visando alcançar a meta de eliminação da Hanseníase até 2005. Conselheiro **Eni Carajá Filho** propôs que o Plenário recomendasse a criação de comissões intersetoriais

nos estados e municípios e a realização de seminários, a exemplo do que foi feito em relação a AIDS, para discutir a questão da hanseníase. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, ponderou que a proposta do Conselheiro **Eni Carajá** fosse avaliada, visto que os resultados da recomendação em relação aos seminários para discutir a questão da AIDS eram questionáveis. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** sugeriu que o Plenário aprovasse o mérito do plano de trabalho da CIEH/CNS, o qual seria rediscutido a partir das contribuições dos conselheiros e posteriormente remetido a estados para servir de subsídio de debate sobre a temática. Além disso, propôs que o CNS enviasse recomendação ao Ministério da Saúde para que as suas Secretarias elaborem e apresentem as suas ações para contribuir na eliminação da Hanseníase, com prazos. **Diante dessa proposta, Conselheira Rosane Maria Nascimento da Silva colocou em votação o mérito do plano de trabalho da CIEH/CNS, que foi aprovado por unanimidade.** Definido esse ponto, a Secretária-Executiva do CNS consultou o Plenário sobre o encaminhamento em relação ao item 7 da pauta - Apresentação dos resultados do Projeto de Implementação do Observatório de Gestão Participativa e do Perfil dos Conselhos de Saúde. **Por entender que a apreciação do Projeto ficaria prejudicada pela exigüidade de tempo, o Plenário decidiu transferir a discussão desse item para a próxima reunião do CNS.** Resolvida essa questão, a Secretária-Executiva do CNS encerrou os trabalhos da manhã do terceiro dia de reunião, estando presentes os seguintes conselheiros: **Antônio Alves de Souza, Augusto Alves do Amorim, Eni Carajá Filho, Francisca Valda da Silva, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas Dias Monteiro, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, João José Cândido da Silva, Luiz Augusto Ângelo Martins, Maria Helena Baumgarten, Maria Leda de R. Dantas, Nildes de Oliveira Andrade, Rosane Maria Nascimento da Silva, Solange Gonçalves Belchior, Urquiza Helena M. Paulino e Wander Geraldo da Silva.** *Suplentes:* **Artur Custódio M. de Souza, Ary Paliano, Carmen Zanotto, Clóvis A. Bouffleur, Fernando Luiz Eliotério, José Cláudio dos Santos, José Eri Medeiros, Lérida Maria dos Santos Vieira, Lílían Alicke, Maria Irene Monteiro Magalhães, Maria Thereza Almeida Antunes, Maria Thereza M. C. Rezende, Rui Barbosa da Silva e Ruth Ribeiro Bittencourt.** Retomando os trabalhos, a Secretária-Executiva do CNS convidou os Conselheiros **Francisco Batista Júnior e Maria Irene Monteiro Magalhães** para a coordenação do item 11 da pauta. **ITEM 11 – CONTRATAÇÃO DE TRABALHADORES NO SUS** - Inicialmente, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** convidou para compor a mesa a Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (SGTES)/MS, **Maria Helena Machado**; o assessor jurídico da SGTES/MS, **Jorge Paiva**; e a representante da Executiva Nacional da CUT, **Denise Motta Dau**, para tratar sobre a contratação de trabalhadores no SUS e definiu a dinâmica para discussão do tema. Antes de abrir a palavra aos convidados, o conselheiro lembrou que, na discussão sobre a proposta de Governo acerca dos Núcleos Integrals de Atenção à Saúde, o Plenário destacou o capítulo que diz respeito à contratação de pessoal, por entender que os núcleos deveriam ser implantados nos municípios que assumissem o compromisso de contratar os servidores, conforme os dispositivos legais vigentes. Considerando que não fora possível avançar no debate naquele momento, disse que a CCG decidiu pautar o tema da contratação de trabalhadores no SUS. Feitas essas considerações iniciais, passou a palavra à Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde representante da SGTES/MS, **Maria Helena Machado**, que fez uma apresentação sobre a precarização do trabalho na saúde, na perspectiva de subsidiar o debate do tema no CNS. De início, a coordenadora manifestou satisfação em participar da discussão desse tema no CNS e também justificou a ausência do Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, **Francisco Campos**. Também comunicou o Plenário que havia sido redistribuído o documento “agendas de conferências municipais de gestão do trabalho”, que apresentava dados mais atualizados e o quadro detalhando os municípios com mais de 50 mil habitantes e com mais de 500 empregos públicos, que seria o alvo da Conferência. Feitas essas considerações, passou a tratar sobre o tema da precarização. Explicou que, se por um lado, o SUS avançou no que diz respeito à ampliação do acesso aos serviços desde sua criação, por outro, pouco progrediu em relação às políticas de gestão do trabalho. Destacou que na saúde, principalmente nos últimos anos, houve um incentivo ao estabelecimento de relações precárias de trabalho que burlam o valor social do trabalhador e seus direitos consagrados na Constituição de 1988. Em relação ao contexto histórico, ressaltou que, na Constituição de 1988, a política de recursos humanos em saúde foi marcada pelos ideais de justiça social e recuperação dos direitos de cidadania e na segunda metade dos anos 90 pela reforma do Estado e implantação do Estado Mínimo. Nesse contexto, adotou-se a flexibilização das formas de vínculo na administração pública, inclusive no SUS e, em decorrência desse processo, com a adoção de alternativas de inserção de pessoal no SUS, estimava-se que grande contingente de profissionais encontrava-se em situação precarizada. Destacou que, apesar de não haver um quadro rigoroso e atual da situação nacional, sabia-se

que essa situação estava presente nas três esferas de governo, inclusive no setor privado. Explicou que a noção de trabalho precário podia ser utilizada para caracterizar uma infinidade de situações oriundas das relações de trabalho, como por exemplo baixos vencimentos ou salários ou inadequadas condições de trabalho. De maneira geral, salientou que era possível caracterizar o trabalho precário por três situações: ausência ou redução de direitos sociais; condições inadequadas de trabalho que colocam em risco a saúde ou a vida do trabalhador; e a instabilidade do vínculo de trabalho, em face de sua constituição irregular. Em relação à administração pública, expôs que, quando um trabalhador era inserido em atividade-fim do Estado, sem observância do concurso público, o seu vínculo de trabalho era considerado irregular. Desse modo, na administração pública, a proteção social não significava somente o pleno gozo de direitos trabalhistas e previdenciários, por não ser suficiente para caracterizar o trabalho como regular. Assim, outras exigências podiam não estar sendo observadas como, por exemplo, o concurso público. Seguindo, falou sobre o trabalho precário no SUS, o caso dos agentes comunitários de saúde. Explicou que, conforme os dados do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), em julho de 2005, o país já contava com 200.139 agentes comunitários de saúde e verificava-se que as formas de vinculação desses trabalhadores eram as mais variadas: cooperativas, bolsa de trabalho, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços, contrato temporário, contrato verbal, cargo em comissão, dentre outras. Seguindo, explicou que o Governo Lula assumiu a despreciação do trabalho como um compromisso para viabilização do SUS.

Dessa forma, destacou que, em 2003, foi realizada a Oficina de Gestão do Trabalho: regulação x precificação, no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, para debate do tema, elaboração de estratégias e encaminhamentos. Destacou que, no mesmo ano, o Ministério da Saúde, em sintonia com a proposta de Governo, lançou o Programa Nacional de Despreciação do Trabalho no SUS (DESPRECARIZA-SUS), por meio do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho no SUS, órgão da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Explicou que, visando garantir o sucesso desse Programa, foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Despreciação do Trabalho no SUS, com o objetivo de elaborar políticas e diretrizes para a despreciação do trabalho em saúde. Nessa linha, citou ações para despreciação do Trabalho no SUS, sendo:

- criação da Comissão Especial para elaboração das Diretrizes do Plano de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS; c
- riação do Comitê Interinstitucional de Despreciação do Trabalho no SUS – desde sua instalação, oito reuniões foram realizadas; e
- stímulo à criação de comitês estaduais, regionais, municipais e/ou locais de despreciação do trabalho no SUS;
- realização de levantamento dos trabalhadores com vínculo precário no SUS (diagnóstico da situação); e
- constituição de Rede Nacional de apoio à Despreciação do Trabalho no SUS.

No que diz respeito aos agentes comunitários de saúde, explicou que, diante do insucesso na tentativa de acordo entre o Ministério da Saúde e Ministério Público do Trabalho sobre o Termo de Ajustamento de Conduta para despreciação desses trabalhadores, o Ministério da Saúde assumiu os seguintes compromissos: e

- stimular a contratação do agente comunitário de saúde por meio de concurso público ou processo seletivo público para o exercício de cargo efetivo (estatutário) ou emprego público (CLT), com vínculo direto com o município;
- instituir diretrizes que orientem municípios na realização de concurso público ou processo seletivo público para a contratação de agentes comunitários de saúde; d
- efender a criação de um incentivo diferenciado para o PACS, que represente 45% a mais do valor do repasse normal, assim, a partir de 1º de novembro de 2005, os municípios que tiverem agentes contratados diretamente receberiam o valor de R\$ 435,00 por agente; e
- ncaminhar anteprojeto de ato legislativo, objetivando fixar regras uniformes, em todo o território nacional, que assegurem aos agentes comunitários de saúde vínculo formal com a Administração Pública e regime jurídico adequado à natureza de suas atividades; e
- criar um GT para elaborar anteprojeto de lei, instituindo a Política Nacional para a Organização da Atenção Básica à Saúde por meio da Estratégia Saúde da Família. Além disso, disse que havia acordo com o CONASEMS para despreciação das relações de trabalho, onde, na primeira etapa, seria feito esforço para garantir os direitos a todos os profissionais de saúde e, em segundo momento, definir a forma de inserção dos trabalhadores. Enquanto isso, esperava-se que os direitos dos trabalhadores fossem assegurados. Também destacou a necessidade de acompanhar o trabalho do Ministério Público do Trabalho, visando replicar o Termo de Ajustamento de Conduta para despreciação dos Trabalhadores. O assessor jurídico da SGTES/MS, **Jorge Paiva**, prestou maiores esclarecimentos sobre a intenção do Termo de Ajustamento de Conduta para despreciação dos Trabalhadores.

Explicou que a posição do Ministério da Saúde de defesa do Termo visava exclusivamente firmar acordo com o Ministério Público do Trabalho, assumindo até o compromisso da defesa do vínculo direto e garantir prazo para transição dos vínculos irregulares de trabalho para vínculos regulares. Na sequência, fez uso da palavra a representante da Executiva Nacional da CUT, **Denise Motta Dau**, que iniciou agradecendo, em nome da CUT, o convite para discutir essa questão no CNS, por entender que a despreciação era essencial à consolidação do SUS. De início, abordou a situação da classe trabalhadora em relação aos vínculos trabalhistas. Explicou que, no Brasil, cerca de 52% da classe trabalhadora estava submetida à informalidade ou a contratos precarizados de trabalho. Disse que o trabalhador, diante da dificuldade de acesso ao emprego, acabava submetendo-se a formas precarizadas de trabalho. No caso do SUS, destacou que a precarização também estava vinculada a uma conjuntura política e econômica e de concepção do Estado. Salientou o debate, na década de 90, de defesa de prestação de políticas públicas como função do Estado, sendo necessária para tal a contratação de pessoal efetivo, por concurso público, com qualificação. Acrescentou que a concepção de recursos humanos no SUS envolvia os trabalhadores do setor privado conveniado que recebia verbas públicas e que, portanto, também teriam que seguir diretrizes de carreiras, de regulamentação das relações de trabalho e de democratização da negociação coletiva. Porém, destacou que, pelo fato da maior parte dos recursos humanos do SUS estar no serviço público, o setor público foi bastante afetado pela ótica de não ser necessária a contratação de servidores concursos e efetivos. Ressaltou que, apesar de sua importância, o tratamento da questão dos recursos humanos no SUS não avançou de forma rápida e profunda como outras questões da área da saúde - Controle Social, financiamento e gestão, por exemplo. Destacou que a instalação de mesas de negociação nos estados e municípios, onde o tema da precarização era tratado permanente, representava um avanço muito frágil, pois muitas vezes não conseguiam atingir resultados concretos capazes de responder a grande demanda em relação a recursos humanos. Nessa linha, afirmou que era preciso estabelecer patamar concreto de ações e de parceria com os gestores para enfrentar a precarização das relações de trabalho, visto que, do ponto de vista das finanças e da qualidade dos serviços oferecidos, não trazia benefícios para o SUS. Seguindo, apresentou propostas concretas, que o movimento sindical vinha discutindo com os gestores, voltadas à despreciação, dentre elas: contratação vinculada – estímulos aos gestores para que, no momento da contratação, substituam gradualmente a mão-de-obra precarizada; vinculação de critérios de apresentação de projetos de formação profissional via Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) à forma de contratação; definição de metas de despreciação, com planejamento a partir de diagnóstico e levantamento do número de trabalhadores precarizados; criação de comitês de despreciação nos estados e municípios; e ação do CNS voltada a garantir a alteração da Lei de Responsabilidade Fiscal (Projeto de Lei do Deputado **Roberto Gouveia** que propõe, na área da saúde, a ampliação dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal para 75% dos gastos com pessoal). Também destacou que, além de ter que avançar na despreciação do trabalho em saúde de quem já estava contratado, seria necessário enfrentar, no Estado de São Paulo, uma luta para não precarizar o que era uma contratação formal e com acesso por concurso público. A propósito, falou sobre o projeto do Governo **Geraldo Alckmin**, retirado da pauta depois de pressão do funcionalismo estadual, mas que seria reapresentado em dezembro de 2005, que quebraria a estabilidade de trabalhadores contratados por concurso público para função atividade de uma lei denominada Lei 500. Explicou que à época da Lei, o estado não tinha vaga de efetivo, assim, fez o concurso e contratou os serviços em função atividade pela Lei 500. Na saúde, eram 30 mil servidores e, ao quebrar essa estabilidade, o projeto previa que poderia ser cessada a contratação, a critério da administração, independente da criação do cargo correspondente e por necessidade de serviço. Destacou que esse projeto estava vinculado à concepção de Estado de entrega dos serviços de saúde para as Organizações Sociais de Direito Privado, o que vinha acontecendo em vários estados do país. Feito esse registro, entregou cópia da denúncia supracitada à coordenação da mesa. Por fim, falou sobre a agenda dos trabalhadores, que, dentre várias demandas, apresenta três pontos que diz respeito à despreciação do trabalho no SUS, sendo: aprovação do direito à negociação coletiva para os servidores públicos; elaboração de projeto de lei que coíba a contratação de mão obra terceirizada no setor privado e público no Brasil; e apoio da CUT ao PL nº 01/03, que regulamenta a EC nº 29. Na sequência, foi aberta a palavra para manifestações dos conselheiros. Conselheiro **Eni Carajá Filho** destacou que era preciso discutir o fato de as secretarias de planejamento e gestão dos estados estarem definindo planos de carreiras, sem negociação com os trabalhadores e desconsiderando as diretrizes de planos, cargos e carreiras do SUS. Em relação à precarização, denunciou que o Pronto Socorro de Vida Nova, de Minas Gerais, seria repassado a uma OSCIP que tinha problemas, o que precarizaria a relação trabalhista e a gestão. Também salientou que era hora de os gestores das três esferas - municipal, estadual e federal - atacar as dificuldades na área de gestão do trabalho de frente. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** parabenizou as expositoras pelas apresentações, por entender que contribuiriam para posicionamento do CNS sobre uma questão que o Plenário vinha discutindo. Além disso, questionou quando seriam colocadas em prática as ações que iniciariam, de fato, o processo de

desprecarização. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** também cumprimentou as expositoras e destacou que era hora de aprofundar o debate sobre precarização no CNS. Considerando ser essencial o envolvimento dos gestores no processo de desprecarização, perguntou como a gestão nas três esferas participava das iniciativas voltadas a desprecarizar as relações de trabalho. Conselheiro **José Cláudio dos Santos** destacou que, além de desprecarizar as relações de trabalho no SUS, era necessário definir ações que garantissem os direitos dos usuários. Nesse sentido, falou sobre o caso da greve do setor saúde em que o atendimento aos usuários era totalmente prejudicado. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**, a princípio, lembrou que o Plenário recomendou ao Ministério da Saúde que não fosse firmado contrato com instituições que precarizassem as relações de trabalhos e o que o repasse de recursos fosse vinculado à desprecarização. Além disso, destacou que o Ministério da Saúde, como maior financiador do SUS na ponta, deveria ter iniciativas mais incisivas voltadas à desprecarização. Por fim, solicitou que os resultados das discussões da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS fossem enviados formalmente ao CNS, a fim de serem avaliados e discutidos. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, enfatizou que seria importante trazer os resultados dos trabalhos da Mesa Nacional de Negociação do SUS para discussão no CNS, por entender que contribuiria para consolidá-la e, inclusive, incentivaria estados e municípios a definirem protocolos permanentes de negociação. Lembrou que a vinculação do repasse de recursos à desprecarização era um compromisso tripartite, contudo, essa questão não fora discutida pela gestão, referindo-se a NOB/RH, aprovada em 2001, que ainda não tinha sido objeto de discussão na Comissão Intergestores Tripartite. Também perguntou se o gestor continuaria a receber o recurso se não o utilizasse para fins de desprecarização e se o Controle Social teria condições de acompanhar a aplicação dos recursos para esse fim. Concluiu questionando quanto do recurso repassado Fundo a Fundo era gasto com recursos humanos de forma precarizada. Conselheiro **Francisco das Chagas Dias Monteiro** perguntou quais eram as medidas práticas para garantir a desprecarização das relações de trabalho. Também destacou que era preciso discutir a precarização em todos os níveis de atenção – básica, média e alta complexidade. Conselheira **Francisca Valda da Silva** salientou a necessidade de a Comissão Intergestores Tripartite discutir a questão da desprecarização. Conselheiro **José Eri Medeiros** explicou que defendia uma carreira para o SUS, mas com definição das responsabilidades de cada uma das três esferas de gestão, visto que a responsabilidade da contratação não poderia ser apenas do município. Nessa linha, enfatizou a necessidade de promover discussão estrutural acerca da responsabilidade das três esferas de governo no que diz respeito à desprecarização. Finalizada essa rodada de intervenções, foi aberta a palavra à mesa para esclarecimentos e respostas. A representante da Executiva Nacional da CUT, **Denise Motta Dau**, explicou que, apesar dos avanços, como a discussão do Plano Cargos, Carreiras e Salários e o Projeto Negociadores do Trabalho em Saúde, a Mesa de Negociação do SUS, até aquele momento, não havia assinado o protocolo de desprecarização. Nessa linha, salientou a necessidade de o CNS acompanhar as discussões da Mesa. Também chamou a atenção para a importância da proposta de implantação da Rede Nacional de Desprecarização, buscando envolver gestores estaduais e municipais. Além disso, destacou a necessidade de a reforma sindical indicar a negociação coletiva para o setor público, a fim de evitar movimentos que possam trazer prejuízos à população, a exemplo das greves. Ratificou, ainda, a proposta de que nenhum contrato seja firmado nos locais onde houvesse precarização como uma forma de garantir que os gestores se comprometessem com a desprecarização. Concordou, ainda, que existia precarização em todos os níveis de atenção, sendo necessário discutir também essa questão. Por fim, agradeceu o convite e colocou-se à disposição para continuar esse debate em outra oportunidade. Na sequência, a Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde/SGTES/MS, **Maria Helena Machado**, destacou que várias ações voltadas à desprecarização haviam sido tomadas, muitas delas ainda estavam em curso. A propósito, explicou que estava sendo incentivada a criação de comitês regionais, estaduais e municipais desprecarização e o processo de desprecarização estava acontecendo em vários estados. Além disso, informou que o Ministério da Saúde, em parceria com o CONASEMS, faria o levantamento e diagnóstico do trabalho precário. Disse que a intenção era firmar parcerias principalmente com os gestores municipais visando à desprecarização, visto que eram os responsáveis pela contratação dos profissionais, contudo, reconheceu a necessidade de re-pactuar as responsabilidades de cada esfera de gestão nesse processo. Também informou que as diretrizes nacionais para concurso público dos agentes comunitários de saúde estavam na eminência de serem publicadas e, na sua visão, seria importante definir diretrizes nacionais para desprecarização do trabalho no SUS. Disse, ainda, que seria promovido estudo sobre as cooperativas médicas para subsidiar o debate sobre essa questão. Sobre a situação do Ministério da Saúde, afirmou que fora realizado estudo sobre a precariedade do Ministério e o material poderia ser disponibilizado. Acrescentou, ainda, que cerca de 40% da rede de trabalhadores federal estava precarizada, o que precisava ser revisto. Finalizando, comentou sobre a Mesa Nacional de Negociação do SUS, destacando que aprovara o protocolo de criação de mesas de negociação estaduais e municipais e o protocolo do processo

educativo, que iria formar dois mil negociadores. Também destacou que estava sendo negociada a assinatura do protocolo da criação do sistema nacional de negociação do trabalho e do protocolo da implementação da Rede de Desprecarização e seria discutido nesse espaço o documento final do PCCS SUS. Por fim, destacou a necessidade de maior articulação do CNS com a Mesa Nacional de Negociação do SUS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** agradeceu os expositores pelos esclarecimentos e destacou que o processo de desprecarização das relações de trabalho não era simples e deveria ser feito paulatinamente. Feitas essas considerações passou aos encaminhamentos. A princípio, disse que havia consenso sobre a proposta de estreitar a relação do CNS com a Mesa de Negociação Permanente, a partir da apresentação de informes mútuos. Em seguida, colocou em apreciação as seguintes propostas: discutir o Projeto de Lei do Deputado **Roberto Gouveia** que propõe a rediscussão da Lei de Responsabilidade Fiscal em relação à saúde; e discutir a Lei nº 8.142/90, em especial o artigo que trata da exigência do Plano de Cargos, Carreiras e Salários para o repasse de recursos. **Após considerações, o Plenário aprovou os seguintes encaminhamentos: elaborar documento manifestando posição contrária ao PL do governador, Geraldo Alckmin, de São Paulo; debater o Projeto de Lei do Deputado Roberto Gouveia que propõe a rediscussão da Lei de Responsabilidade Fiscal em relação à saúde; e discutir a Lei nº 8.142/90, em especial o artigo que trata da exigência do Plano de Cargos, Carreiras e Salários para o repasse de recursos e a Lei nº 8.080, artigo 35.** Definido esse ponto, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, retomou os pontos pendentes dos dias anteriores que necessitavam de definição do Plenário. A propósito da recomendação sobre aporte de recursos públicos em planos de saúde, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** fez a leitura dos itens 4, 6, 8 e 9, que haviam sido reescritos pela comissão, a partir das contribuições do Plenário. Diante das novas ponderações do Plenário, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que a redação final fosse apresentada na próxima, em dois documentos, um com deliberações e outro com recomendações. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que os documentos tivessem um glossário, explicando os termos técnicos da recomendação. **Sobre essa questão, o Plenário deliberou por: indicar a re-elaboração do documento, a ser apresentado em dois documentos, um com deliberações e outro com recomendações. O documento será submetido à apreciação do Plenário na próxima reunião do CNS. Em relação à Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, foi acordo que as entidades deveriam indicar os nomes até o dia 31 de novembro de 2005, obedecendo o critério da paridade.** Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** solicitou que fosse enviado aos Conselheiros o relatório da reunião do Comitê de Contingenciamento da Gripe Aviária, visto que o tema seria objeto de debate na próxima reunião do CNS. Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, convidou o Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** para encaminhar o debate sobre a composição das comissões da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** explicou que, a princípio, o Plenário teria que indicar um conselheiro para relator-geral e outro para relator-adjunto da Conferência. De acordo com o Regimento Interno da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, a comissão de relatoria teria dezessete integrantes, incluindo o relator-geral e o relator-adjunto que deveriam ser conselheiros. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** informou que os segmentos dos usuários e dos trabalhadores da saúde já possuíam nome para relator-geral e relator-adjunto da Conferência. Diante disso, Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** solicitou que os nomes fossem submetidos à apreciação do Plenário. Conselheiro **Eni Carajá Filho** indicou, em nome do segmento dos usuários, o nome do Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** para relator-geral da Conferência e a Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** indicou, em nome do segmento dos trabalhadores, a Conselheira **Francisca Valda da Silva** para relatora-adjunta. **Não havendo manifestações contrárias, o Plenário acatou as duas indicações.** Seguindo, Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** disse que, até aquele momento, haviam sido indicados quatro nomes para relatores: **Elenir Coroaia** (representante indígena), **Luiz Eduardo Lopes Albuquerque** – CFO, **Marcos Siqueira Cortez** - COFFITO e **Christine Cavalheiro** ABO, todos representantes do segmento dos trabalhadores de saúde. Além disso, informou que o movimento indígena havia solicitado mais três vagas para representantes indígenas nessa comissão, estando incluindo nesse número o nome do indígena **Ilário Kaduel**. Os outros dois nomes indígenas seriam indicados posteriormente. Em sendo assim, consultou o Plenário para saber se havia consenso sobre essa solicitação. **Não havendo posições contrárias, a solicitação foi acatada.** Diante dessa decisão, explicou que ainda faltava indicar mais oito nomes para compor a comissão. Por isso, fez a leitura dos nomes indicados pelo Plenário até aquele momento: **Maria Francisca Abritta**, **Ivanil Mendes**, **Lucimar Batista Costa**, **Socorro Paiva** e **Willer Alves Reis** (segmento dos usuários, indicação do Conselheiro **Eni Carajá Filho**); **Gilson Silva** e **Sérgio Augusto** (segmento dos usuários, indicação do Conselheiro **João Donizeti Scaboli**); e **Renata Bondin** (indicação do Ministério da Educação). Na sequência, abriu a palavra para outras indicações, lembrando que a comissão não precisava ser composta, obrigatoriamente, de forma paritária. Conselheira **Francisca Valda da Silva** apresentou o nome da Sra. **Tereza Garcia Braga**, do segmento dos trabalhadores de saúde e a Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** disse que gostaria de indicar mais um nome também do

2214 segmento dos trabalhadores de saúde, para compor a comissão. Além dessas solicitações, houve as
 2215 dos representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS. Em face desses pedidos,
 2216 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** salientou que seria necessário rediscutir as indicações, bem como as
 2217 novas solicitações que, se acolhidas, ultrapassarão o número de vagas disponíveis. Na sequência,
 2218 passou para a Comissão de Comunicação que, conforme o Regimento Interno da Conferência, será
 2219 composta por quatro integrantes, tendo sido indicados, até aquele momento, três nomes – **Valdeni**
 2220 **Andrade França** (indígena), **Ericson Leão** (CFO – segmento dos trabalhadores) e **Cláudio Bernardo**
 2221 **Pedrosa de Freitas** (MEC – segmento do gestor, sendo necessária a indicação de mais um nome.
 2222 Como foram apresentados três nomes (Conselheiras **Maria Theresa Antunes** e **Nildes de Oliveira**
 2223 **Andrade** – segmento de usuários e **Geusa Dantas Lelis** – segmento de trabalhadores de saúde), o
 2224 Plenário precisa deliberar sobre essa questão. Por último, passou à comissão de infra-estrutura que,
 2225 segundo dispõe o Regimento Interno, será composta por quatro representantes, tendo sido indicados,
 2226 até aquele momento, dois nomes: **Irenildo** (indígena) e **Denílson Ferreira de Magalhães** (COFFITO –
 2227 segmento de trabalhadores de saúde). **O Plenário indicou o nome da Conselheira Irene Monteiro**
 2228 **Magalhães (segmento dos usuários), sendo necessária a indicação de mais um nome. Das**
 2229 **discussões desse ponto, conclui-se: a) Comissão de Relatoria – falta preencher oito vagas que o**
 2230 **Plenário deverá manifestar-se a partir dos nomes indicados: Maria Francisca Abritta, Ivanil**
 2231 **Mendes, Lucimar Batista Costa, Socorro Paiva e Willer Alves Reis (segmento dos usuários,**
 2232 **indicação do Conselheiro Eni Carajá Filho); Gilson Silva e Sérgio Augusto (segmento dos**
 2233 **usuários, indicação do Conselheiro João Donizeti Scaboli); Renata Bondin (indicação do**
 2234 **Ministério da Educação); Tereza Garcia Braga (segmento dos trabalhadores de saúde, indicação**
 2235 **da Conselheira Francisca Valda da Silva) e um representante do segmento dos trabalhadores de**
 2236 **saúde, que será indicado pela Conselheira Solange Gonçalves Belchior; b) Comissão de**
 2237 **comunicação – falta a definição de um nome que deverá ser escolhido entre os três nomes**
 2238 **indicados: Conselheiras Maria Theresa Antunes e Nildes de Oliveira Andrade – segmento de**
 2239 **usuários e Geusa Dantas Lelis – segmento de trabalhadores de saúde; e c) Comissão de Infra-**
 2240 **estrutura – foram indicados, até aquele momento, três nomes: Irenildo (indígena), Denílson**
 2241 **Ferreira de Magalhães (COFFITO – segmento de trabalhadores de saúde) e Conselheira Irene**
 2242 **Monteiro Magalhães (segmento dos usuários), sendo necessária a indicação de mais um nome.**
 2243 Na sequência, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou sobre a tramitação do decreto de
 2244 composição do CNS e convocação das eleições. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**
 2245 **Cruz**, disse que, seguindo o trâmite, o Ministro da Saúde havia analisado o decreto e o enviara para
 2246 análise da assessoria jurídica do Ministério da Saúde para, em seguida, ser encaminhado à Casa Civil.
 2247 Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou que todo documento do Ministro da Saúde destinado ao
 2248 Presidente da República tinha que seguir um trâmite: envio, por meio de sistema eletrônico, à assessoria
 2249 jurídica para análise, antes de ser encaminhado à Casa Civil. Desse modo, disse que a assessoria
 2250 jurídica já havia concluído a análise do decreto e o re-enviara ao Ministro da Saúde, que, segundo
 2251 informações do Gabinete, o assinaria e enviaria naquele dia à Casa Civil. Assim, comprometeu-se a
 2252 acompanhar esse processo. A Secretaria-Executiva do CNS enviará informes atualizados sobre a
 2253 tramitação do decreto aos conselheiros. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a Secretária-
 2254 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os trabalhos da 158ª Reunião Ordinária,
 2255 estando presentes os seguintes Conselheiros - Titulares: **Antônio Alves de Souza, Augusto Alves do**
 2256 **Amorim, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas Dias Monteiro,**
 2257 **Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, João José Cândido da Silva, Luiz Augusto**
 2258 **Ângelo Martins, Maria Helena Baumgarten, Maria Leda de R. Dantas, Nildes de Oliveira Andrade,**
 2259 **Rosane Maria Nascimento da Silva, Solange Gonçalves Belchior e Urquiza Helena M. Paulino.**
 2260 *Suplentes:* **Ary Paliano, Carmen Zanotto, Cleuza C. Miguel, Fernando Luiz Eliotério, José Cláudio**
 2261 **dos Santos, José Eri Medeiros, Lérica Maria dos Santos Vieira, Maria Thereza Almeida Antunes,**
 2262 **Maria Thereza M. C. Rezende, Rui Barbosa da Silva, Ruth Ribeiro Bittencourt e Soraya Maria V.**
 2263 **Cortes.**