



1  
2  
3  
4  
5 **MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
6 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

7 **ATA DA CENTÉSIMA SEXAGÉSIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57 **ABERTURA** - Aos oito, nove e dez dias do mês de novembro do ano de dois mil e cinco, no Plenário "Omitlon 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 Sexagésima Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde (CNS). A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os Conselheiros e demais presentes à reunião. Na seqüência, apresentou a pauta da reunião e a proposta de dinâmica para a discussão dos temas. Não havendo destaques à pauta, o Plenário definiu a coordenação das mesas e foi iniciada a discussão do item 1 da pauta. **ITEM 1 – APRESENTAÇÃO, APRECIAÇÃO E VOTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICINA NATURAL E PRÁTICAS COMPLEMENTARES** – Conselheiro **Francisco Batista Júnior** assumiu a coordenação dos trabalhos e, de início, cumprimentou os conselheiros, convidados e os Coordenadores Estaduais da Plenária Nacional de Conselhos presentes à reunião. Na seqüência, apresentou a dinâmica para debate da matéria em pauta e abriu a palavra à consultora técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), **Iracema Benevides**, para apresentação da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS (PMNPC). A consultora do DAB/MS iniciou agradecendo a oportunidade, por entender que o CNS poderia contribuir para o aprimoramento da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS. Começando a apresentação, explicou que a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS foi definida a partir do documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005", que convoca os países a formular políticas na área e do arcabouço teórico da Professora **Madel Terezinha Luz**, da UFRJ. Para explicar o processo de regulamentação e de construção da Política, destacou os seguintes marcos históricos: 1986 – Relatório final da 8ª Conferência Nacional da Saúde "Introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida"; 1988 – Instituição da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), por meio da Resolução CIPLAN nº 5 SUS: Constituição de 1988; 1996 - 10ª Conferência Nacional da Saúde: "a incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares"; 1999 – Ministério da Saúde: Inclusão dos procedimentos Consultas Médicas em ACP e Homeopatia na Tabela SIA/SUS; 2000 - 11ª Conferência Nacional de Saúde recomenda "incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia"; 2001 – 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária; 2002 - A Organização Mundial de Saúde/OMS lança o documento "Estratégia da OMS sobre medicina tradicional/2002- 2005"; 2003 - Composição de GT para elaboração da Política Nacional de Medicina Natural e das Práticas Complementares no SUS, Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde delibera pela efetiva inclusão da Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC) no SUS, Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica enfatiza acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS; 2004 – Realizado Levantamento Nacional da Inserção da MNPC no SUS; 2004 - MNPC foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa; e 2005 – Decreto Presidencial, de 17 de fevereiro de 2005, cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Seguindo, detalhou que em junho de 2003 foi definida a composição do GT para elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e das Práticas Complementares no SUS, com constituição de quatro subgrupos de trabalho (medicina tradicional chinesa-acupuntura; homeopatia, fitoterapia e medicina antroposófica) com vistas a realizar diagnóstico de inserção da MNPC no SUS. Para isso, fora enviado questionário a todas as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde (maio e junho de 2004), tendo sido devolvidos 1.340 questionários dos quais 230 tinham respostas positivas quanto à inserção da MNPC no SUS (19 capitais e duas Secretarias Estaduais de Saúde). Continuando, detalhou as respostas ao questionário, explicando que, em relação à existência de ação referente à área da MNPC na Secretaria, 62,9% referia-se a práticas complementares, 50% a fitoterapia, 35,8% a homeopatia, 34,9% a medicina tradicional chinesa-acupuntura; e 1,7% a medicina antroposófica. Sobre a existência de lei ou ato institucional criando os serviços, 94% responderam que não. Prosseguindo explicou que os objetivos da PMNPC eram

incorporar e implementar a MNPC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e para a ampliação do acesso a MNPC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas para o desenvolvimento sustentável de comunidades; e estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde. Além disso, explicou que a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS possuía dez diretrizes gerais, sendo:  
**I.** Estruturação e Fortalecimento da Atenção em MNPC no SUS, mediante: incentivo à inserção da MNPC em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes; estabelecimento de mecanismos de financiamento; elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; articulação com a Política Nacional de Atenção Saúde dos Povos Indígenas e demais políticas do Ministério da Saúde; **II.** Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MNPC para profissionais no SUS em concordância com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente; **III.** Fortalecimento da participação social; **IV.** Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MNPC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional; **V.** Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações; **VI.** Garantia de acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva de ampliar a produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nestes âmbitos na regulamentação sanitária; **VII.** Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos com qualidade e segurança das ações; **VIII.** Incentivo a pesquisa em MNPC com vistas ao aprimoramento da Atenção a Saúde, avaliando eficiência, eficácia e efetividade dos cuidados prestados; **IX.** Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para instrumentalização de processos de gestão; e **X.** Promoção de Cooperação Nacional e Internacional. Seguindo, passou à apresentação das diretrizes específicas da Política. Na Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, explicou que as diretrizes eram: inserção em todos os níveis do sistema, com ênfase na atenção básica; desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC/acupuntura para profissionais no SUS, consoante à Política Nacional de Educação Permanente; divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS; garantia do acesso aos insumos estratégicos para MTC/Acupuntura na perspectiva da garantia da qualidade e segurança das ações; desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para MTC/acupuntura; integração das ações da MTC/acupuntura com políticas de saúde afins; e incentivo à pesquisa com vistas a subsidiar a MTC/acupuntura no SUS como nicho estratégico da política de pesquisa no Sistema. Em relação à homeopatia, disse que as diretrizes específicas de ação eram: incorporação da homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do Sistema, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde; garantia de financiamento capaz de assegurar o desenvolvimento do conjunto de atividades essenciais à boa prática em homeopatia, considerando as suas peculiaridades técnicas; garantia do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito na perspectiva da ampliação da produção pública; apoio a projetos de formação e educação permanente, promovendo a qualidade técnica dos profissionais e consoante com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente; acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS; socialização de informações sobre a homeopatia e as características da sua prática, adequando-as aos diversos grupos populacionais; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção homeopática no SUS. No que se refere à fitoterapia, destacou que as diretrizes eram: incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do país; promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS; garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; e estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas à implantação das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS. A propósito da medicina antroposófica, expôs que a diretriz era incentivo à criação de Observatórios de Saúde onde atualmente eram desenvolvidas experiências em Medicina Antroposófica, no âmbito do SUS. Seguindo, explicou que a Política fora pactuada na Comissão Intergestora Tripartite, em 17 de fevereiro de 2005, devendo retornar após aprovação pelo CNS para finalizar pontos referentes ao financiamento, quais sejam: **a)** garantia de financiamento para o desenvolvimento de estratégias de qualificação em MNPC, a serem negociadas nos Pólos de Educação Permanente; **b)** garantia de financiamento para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MNPC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional; **c)** financiamento para a estruturação física dos serviços relacionados a MNPC (mecanismos para as três esferas de gestão); **d)** garantia de Inserção na tabela SIA/SUS dos códigos de procedimentos complementares à consulta

120 médica em Acupuntura: Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas; Sessão de Acupuntura com  
121 Aplicação Auricular/Craniana - Sessão de Acupuntura - Outros procedimentos (aplicação de ventosas;  
122 eletroestimulação; aplicação de laser de baixa potência em acupuntura; infiltração de medicamentos); **d)**  
123 criação dos Códigos de Práticas Corporais em MTC-ACP; **e)** criação de incentivo à implantação e  
124 melhoria das farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos e/ou fitoterápicos  
125 segundo critérios estabelecidos; **f)** garantia de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas  
126 à implantação das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS em parceria com outros setores; e **g)**  
127 estímulo à produção de medicamentos fitoterápicos e matrizes de medicamentos homeopáticos pelos  
128 laboratórios oficiais. Concluída a apresentação, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** fez breve relato  
129 sobre as discussões da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS na  
130 Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia do CNS (CVSF), da qual era o coordenador.  
131 Explicou que a PMNPC foi objeto de debate da Comissão, nos últimos três meses, com a participação de  
132 segmentos diretamente envolvidos, tendo sido aprovada pela CVSF/CNS. Em relação ao texto, sugeriu  
133 que no capítulo da homeopatia, página 23, fosse incluída emenda aditiva à medida número 3 “ampliar a  
134 oferta de medicamentos homeopáticos, por intermédio das farmácias públicas de manipulação que  
135 atenda à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do  
136 SUS na área.” nos seguintes termos: “com ênfase na assistência farmacêutica”, por entender que era  
137 necessário garantir que as farmácias homeopáticas não fossem meros estabelecimentos comerciais.  
138 Além disso, informou que a Comissão recebera documento da Associação de Acupuntura questionando  
139 o documento, visto que, na visão da Associação, o capítulo da acupuntura reservava um mercado para  
140 os médicos. Também destacou o documento do Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da  
141 Área de Saúde (FENTAS) que apresentava propostas de alteração ao documento “Política Nacional de  
142 Medicina Natural e Práticas Complementares do Ministério da Saúde”, quais sejam: mudança do nome  
143 da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS para “Política Nacional de  
144 Práticas Complementares na Saúde”; sejam incluídos todos os profissionais de saúde que já tenham  
145 habilitação e regulamentação para executar as práticas da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura,  
146 por meio do acréscimo na diretriz do documento “Estruturação e fortalecimento da atenção em MTC-  
147 acupuntura no SUS, com incentivo à inserção da MTC-acupuntura em todos os níveis do sistema com  
148 ênfase na atenção básica”, re-elaborando os itens da estratégia Saúde da Família e na atenção básica e  
149 nos centros especializados; sejam estendidas a todos os profissionais da área da saúde na diretriz  
150 “Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC-acupuntura para profissionais no SUS,  
151 consoante à Política Nacional de Educação Permanente” no que diz respeito ao Incentivo à Capacitação  
152 em Microssistemas; na diretriz “Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para MTC-  
153 acupuntura” sejam inseridos os respectivos códigos na tabela SIA/SUS, para os profissionais de saúde,  
154 para registro e financiamento das suas ações de promoção da saúde em MTC-acupuntura; sejam  
155 incluídos todos os profissionais de saúde que já tenham habilitação e regulamentação para executar as  
156 práticas de homeopatia, na diretriz “Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da  
157 atenção homeopática no SUS”, incluindo no sistema de informação do SUS os procedimentos de  
158 homeopatia referente à atividade de educação e saúde na atenção básica para o profissional de nível  
159 superior, não se restringindo apenas ao profissional médico; e sejam incluídos os profissionais de saúde  
160 que possuem habilitação e conhecimento para a prática de fitoterapia e medicina antroposófica. Após a  
161 apresentação dessas propostas, abriu o debate sobre o tema. Conselheiro **Francisco das Chagas**  
162 **Monteiro** cumprimentou o Ministério da Saúde pela iniciativa que, na sua concepção, consolidava um  
163 histórico de práticas complementares que vinham sendo construídas no SUS. Além disso, solicitou que  
164 fosse reproduzido o documento “Medicina Natural e Práticas Complementares”, produzido pelo Conselho  
165 Federal de Medicina (CFM), a fim de também servir de subsídio para discussão do tema. Também  
166 apresentou a sugestão do CFM de substituir o termo “Política de Medicina Natural” por “Política de  
167 Medicina Integrativa”, que consiste na medicina que utiliza o conhecimento científico convencional  
168 agregado ao conhecimento tradicional (milenar ou centenário), também científico, excluindo práticas  
169 alternativas baseadas em crendices, mitos e magias e está associada a modelos terapêuticos  
170 complementares, tais como acupuntura, homeopatia e fitoterapia, acrescida de modelos propedêuticos  
171 tais como a medicina antroposófica. Considerou, ainda, que as práticas terapêuticas (acupuntura,  
172 homeopatia e fitoterapia) necessitavam de diagnóstico prévio e que a medicina tradicional chinesa não  
173 se resumia à acupuntura. Por fim, destacou que as práticas medicinais eram feitas por médicos e as  
174 terapêuticas poderiam ser praticadas por outros profissionais da área da saúde. Conselheira **Geusa**  
175 **Dantas Lelis** explicou que, segundo a OMS, a Medicina Tradicional abarcava um arsenal terapêutico  
176 que incluía a acupuntura sistêmica, os microssistemas de acupuntura, as massagens, a ihoterapia, os  
177 exercícios e a dietoterapia, com a finalidade de recuperação e manutenção da saúde. Além disso,  
178 destacou que o Conselho Federal de Medicina, no processo consulta nº 1.588-28/85, afirmou que a  
179 acupuntura não era uma especialidade médica e que a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em  
180 1966, incluiu a acupuntura entre as profissões na classificação internacional uniforme de ocupações.  
181 Acrescentou ainda que o Ministério do Trabalho, a OIT e a UNESCO criaram a profissão de

182 acupunturista na Classificação Brasileira de Ocupações e o Ministério do Trabalho estabeleceu o Código  
183 Brasileiro de Acupuntura, em 2002, incluindo acupunturista, fisioterapeuta-acupunturista e psicólogo-  
184 acupunturista. Dito isso, destacou que o FENTAS defendia a mudança do nome Medicina Natural e  
185 Práticas Complementares, por entender que essas práticas poderiam ser exercida por qualquer  
186 profissional da saúde, desde que qualificado para isso. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** propôs  
187 que o termalismo fosse incluído nas Práticas Complementares, aproveitando o manancial de águas  
188 minerais do Brasil. Conselheira **Zilda Arns Neumann** cumprimentou o Ministério da Saúde pela Política,  
189 contudo, lamentou o fato de o documento não ter sido enviado com antecedência aos conselheiros, para  
190 análise e apresentação de contribuições. Nesse sentido, solicitou a Secretaria-Executiva do CNS que  
191 encaminhasse previamente aos conselheiros os documentos que necessitavam de votação, no mínimo,  
192 uma semana antes da reunião em que seria apreciado e votado. Também salientou a necessidade de  
193 incluir na PMNPC o termalismo, que engloba a crenologia e a crenoterapia (campos da medicina que  
194 utiliza as águas minerais com fins terapêuticos), de forma a aproveitar o manancial de águas minerais do  
195 Brasil, que era o maior do mundo. Também defendeu que as práticas complementares pudessem ser  
196 exercidas por profissionais da saúde, não só médicos, desde que habilitados. Conselheira **Maria Fúria  
197 Silva** também manifestou satisfação com a PMNPC, entretanto, disse ser importante instalar farmácias  
198 homeopáticas e fitoterápicas em regiões próximas aos postos de saúde, a fim de facilitar o acesso dos  
199 usuários aos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos. Conselheiro **João Cândido da Silva**  
200 parabenizou os responsáveis pela elaboração do documento “Política Nacional de Medicina Natural e  
201 Práticas Complementares”, todavia, também lamentou o fato de não ter sido enviado com antecedência  
202 aos conselheiros para ser analisado de forma mais detalhada. Sugeriu que o documento apontasse a  
203 necessidade de criação de centros de pesquisa e classificação das plantas do Brasil, visto que várias  
204 companhias internacionais estavam conseguindo patentear plantas da biodiversidade brasileira.  
205 Conselheiro **Eni Carajá Filho** também salientou a necessidade de o termalismo ser incluído no  
206 documento como prática complementar. Conselheiro **Odair Furtado** defendeu as propostas  
207 apresentadas pelo FENTAS, utilizando-se dos seguintes argumentos: o termo “Práticas Complementares  
208 da Saúde” era o mais viável a ser utilizado, pois refletia a idéia de um campo que era necessariamente  
209 multidisciplinar; as competências e habilidades comprovavam a capacidade dos profissionais da saúde  
210 em atuar nas práticas complementares e o Supremo Tribunal Federal garantiu a atuação do  
211 fisioterapeuta e do psicólogo na área da acupuntura; e é necessário incentivar a pesquisa  
212 necessariamente multidisciplinar para garantir a eficiência terapêutica e a qualidade dos serviços  
213 prestados ao usuário. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** também considerou que o termo “Medicina  
214 Natural e Práticas Complementares” restringia essa prática apenas à profissão médica, o que não  
215 deveria acontecer. Além disso, lembrou que a medicina renegou a acupuntura e a homeopatia por  
216 considerá-las práticas alternativas baseadas em credices, mitos e magias, assim, salientou a  
217 necessidade de lutar contra essa idéia. Também destacou que há muito tempo os usuários lutavam  
218 contra o termo práticas alternativas, uma vez que pressupunha uma coisa ou outra. Por fim, destacou a  
219 necessidade de valorização das práticas complementares brasileiras como, por exemplo, as dos índios e  
220 dos negros. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** cumprimentou o Ministério da Saúde pela iniciativa,  
221 visto que era fruto de um longo debate. Em relação às farmácias de manipulação de homeopáticos,  
222 perguntou se documento sugeria a formação de uma rede de farmácias de manipulação de  
223 homeopáticos do SUS, atendendo as orientações da 1ª Conferência Nacional de Assistência  
224 Farmacêutica. Também defendeu as propostas do FENTAS, por entender que o principal objetivo da  
225 Política era garantir o efetivo acesso da população usuária do SUS às terapias alternativas, logo, as  
226 várias profissões da saúde poderiam utilizar-se delas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**  
227 acrescentou que a odontologia, segundo o Decreto Lei de sua criação, poderia utilizar-se de práticas  
228 complementares como por exemplo a acupuntura e a fitoterapia. Nesse sentido, defendeu que outros  
229 profissionais de saúde também tivessem o direito de utilizar essas práticas no âmbito do SUS.  
230 Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** cumprimentou o grupo responsável pela elaboração do  
231 documento e sugeriu que tratassem a Política do ponto de vista Político, Econômico e Social. Nesse  
232 sentido, salientou a necessidade de envolver o IPEA e a ANVISA nessa discussão. Concluídas as  
233 intervenções, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse reconhecer a necessidade de o documento  
234 ter sido enviado com antecedência aos conselheiros, contudo, lembrou que o mesmo havia sido  
235 distribuído há cerca de três reuniões, pois o tema estava pautado e, por exigüidade de tempo, fora  
236 adiado. Na seqüência, passou a palavra à consultora técnica do Departamento de Atenção Básica  
237 (DAB/SAS/MS), **Iracema Benevides**, para considerações sobre as falas dos conselheiros. A consultora  
238 iniciou explicando que “Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS” era um termo técnico e  
239 com tal fora utilizado. Contudo, disse que entendia a preocupação do Plenário de restringir essas  
240 práticas a uma única profissão. A propósito, explicou que a PMNPC era plural e multidisciplinar, logo,  
241 estava aberta a acolher outros profissionais de saúde, além dos médicos. Também concordou com a  
242 proposta de acréscimo ao documento no sentido de enfatizar a assistência farmacêutica e com a  
243 sugestão de serem produzidos homeopáticos nas farmácias de manipulação do SUS. Além disso,

informou que fora elaborado banco de dados de plantas medicinais, inclusive com relação preliminar de plantas fitoterápicas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** agradeceu a consultora do DAB/MS pelos esclarecimentos e passou à definição dos encaminhamentos. Destacou que, em face das falas dos conselheiros, havia consenso sobre as propostas de acréscimo ao item 3, Capítulo 4.2. Homeopatia, diretriz “provimento do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação da produção pública”, enfatizando a assistência farmacêutica e inclusão do termalismo entre as práticas complementares. Nesse sentido, disse que seria necessário discutir as propostas do FENTAS. Conselheiro **João José Cândido da Silva** sugeriu que o CNS recomendasse ao Ministério da Saúde que iniciasse processo de pesquisa, cadastramento e estudo de plantas da biodiversidade brasileira. Conselheira **Zilda Arns Neumann** destacou que não seria possível aprovar o documento naquela reunião, visto que não havia sido enviado com a antecedência necessária para que os conselheiros pudessem apresentar contribuições. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** sugeriu que o Plenário votasse as propostas apresentadas pelo FENTAS, uma vez que havia consenso sobre as demais. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** propôs que o Plenário votasse o mérito do documento e aprofundasse o debate das considerações dos conselheiros e das propostas do FENTAS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que o documento havia sido distribuído havia quatro meses, logo, poderia ser votado naquele momento. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** perguntou quais seriam as implicações caso o documento não fosse votado naquela reunião. A consultora técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), **Iracema Benevides**, explicou que tinha receio de não votar o documento na reunião e, por uma mudança política, a implementação da PMNPC não ser encaminhada. Conselheira **Zilda Arns Neumann** reiterou o pedido para que o documento não fosse votado na reunião. Diante dessa solicitação, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que a votação do documento “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares” fosse adiada para a próxima reunião do CNS. Entretanto, registrou que a não aprovação do documento poderia trazer prejuízos incalculáveis para a sociedade brasileira. Conselheira **Zilda Arns Neumann** fez uso da palavra para retificar que o seu pedido de adiamento da votação não traria prejuízos à população, mas sim benefícios, pois permitiria aos conselheiros analisar as propostas de alteração do documento, bem como apresentar novas proposições. Feito esse registro, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** colocou em votação a proposta de adiar a votação do documento “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares” para a próxima reunião do CNS. **A proposta foi aprovada com um voto contrário e duas abstenções. Assim, a votação do documento seria feita na 161ª Reunião Ordinária do CNS, a realizar-se nos dias 14 e 15 de dezembro de 2005.** Diante dessa decisão, a Comissão de Vigilância Epidemiológica e Farmacoepidemiologia do CNS se reunirá nos próximos dias para incluir no documento as propostas dos conselheiros de consenso (ênfase à assistência farmacêutica e inclusão do termalismo entre as práticas complementares) e avaliar as novas sugestões de redação que porventura chegarem. Na oportunidade, também seriam discutidas as propostas do FENTAS. Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item 2 da pauta. **ITEM 2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO DO OBSERVATÓRIO DE GESTÃO PARTICIPATIVA E PERFIL DOS CONSELHOS DE SAÚDE** – Os Conselheiros **Antônio Alves de Souza** e **Silvia Marques Dantas** assumiram a coordenação dos trabalhos, convidando o professor **Marcelo Rasga Moreira** e a Diretora do Departamento de Gestão Estratégica e Participativa/MS, **Ana Costa**, para apresentação dos resultados dos projetos “Perfil dos Conselhos de Saúde” e “Rede de Observatórios de Gestão Participativa”. A Diretora do Departamento de Gestão Estratégica e Participativa/MS, **Ana Costa**, iniciou manifestando satisfação em apresentar ao Pleno do CNS o produto dos projetos da Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa (SGEP). Explicou que os projetos “Perfil dos Conselhos de Saúde” e “Rede de Observatórios de Gestão Participativa” consistiam em ferramentas voltadas a oferecer bases de dados consistentes para que a SGEP/MS desenvolvesse a sua atribuição de apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento das práticas dos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios e estados. Destacou que os projetos foram encomendados pela SGEP/MS, sendo o Perfil dos Conselhos de Saúde realizado pela ENSP/FIOCRUZ e a Rede de Observatórios Gestão Participativa, pela ABRASCO. Feitas essas considerações iniciais, passou a palavra ao professor da ENSP/FIOCRUZ, **Marcelo Rasga Moreira**, coordenador do Projeto Perfil dos Conselhos de Saúde, para apresentação de resultados do Projeto. O professor da ENSP/FIOCRUZ iniciou a sua explanação explicando que, no início de 2003, a então Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde solicitou a pesquisadores da ENSP/FIOCRUZ a realização de estudos que subsidiassem a elaboração, o desenvolvimento e a implementação de políticas capazes de estimular o bom funcionamento dos Conselhos Municipais (CMS) e Conselhos Estaduais de Saúde (CES). Visando atender a essa demanda, disse que foi apresentada a proposta de desenvolvimento de metodologia de acompanhamento e apoio ao funcionamento do Conselho e apresentação de indicadores, consolidados em índices que serviriam para realizar diagnóstico sobre a situação dos CMS e CES e a partir daí implementar políticas públicas capazes de responder às demandas dos Conselhos. Ressaltou que a idéia era elaborar ferramenta que pudesse ser utilizada também pelos Conselhos de Saúde nas três esferas de gestão e pelo movimento social. Destacou que, logo no início

306 do processo, diagnosticou-se a imprecisão e a carência de informações sobre os Conselho de Saúde, o  
307 que inviabilizaria estudos, programas e políticas que procurassem atingir o universo dos CMS e CES.  
308 Assim, de dezembro de 2003 e fevereiro de 2004, foi desenvolvida a primeira etapa da estratégia, que  
309 gerou como principal produto "Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde", que havia sido submetido  
310 à apreciação do Plenário do CNS. Explicou que a segunda etapa da estratégia, desenvolvida  
311 paralelamente ao Cadastro, tinha por objetivo desenvolver um "Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil"  
312 a partir do envio, para os CMS e CES, de um instrumento de pesquisa - composto por 58 questões.  
313 Explicou que a viabilização da proposta seria feita por intermédio de uma estrutura virtual de pesquisa,  
314 um portal na internet cujo conteúdo sistematizava, via softwares especialmente trabalhados para o  
315 acompanhamento e apoio dos Conselhos de Saúde, todo o conjunto de dados levantados nas etapas  
316 das pesquisas. Acrescentou que essa estrutura virtual propiciaria a interatividade não apenas dos dados,  
317 mas também dos atores envolvidos no processo, podendo funcionar, inclusive como uma ferramenta de  
318 trabalho dos Conselhos de Saúde. Feitas essas considerações iniciais, passou a falar sobre as  
319 respostas ao Instrumento de Pesquisa. Explicou que todos os 27 CES haviam respondido ao  
320 Instrumento de Pesquisa e, até o dia 7 de novembro de 2005, apenas 1.621 CMS haviam respondido.  
321 No que se refere aos dados, disse que se optou por duas estratégias: divulgação dos dados por séries  
322 temáticas, com base nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde; e base de dados aberta.  
323 Seguindo, passou à apresentação dos resultados da pesquisa, iniciando pelos Conselhos Municipais  
324 (base: 1.111 CMS cadastrados no banco de dados), com destaque para: **a)** dotação orçamentária – 93%  
325 não possui dotação orçamentária própria; **b)** capacitação – em 2003, 52% dos CMS participaram ou  
326 promoveram processos de capacitação; e em 2004, 82% dos CMS não participaram ou promoveram  
327 processos de capacitação; **c)** estrutura – 918 CMS, corresponde a 82%, não possuíam sede própria; **d)**  
328 linha telefônica – apenas 60% dos 1.111 CMS possuíam; **e)** equipamento de informática – apenas 25,5%  
329 dos CMS possuíam computador e 37,7% tinham acesso à internet; e **f)** eleição do Presidente – 73% do  
330 CMS realizam processo eleitoral; faixa etária – 30 a 59; e 527 são presididos por mulheres. Na  
331 seqüência, expôs dados sobre os Conselhos Estaduais de Saúde (base: 27 CES): **a)** dotação  
332 orçamentária – 17 CES possuíam dotação orçamentária própria e 10 não possuíam. Desses dez, seis  
333 não tinham autonomia para gerenciar os recursos que lhes eram destinados; **b)** capacitação de  
334 conselheiros – em 2003, apenas 17 CES passaram por capacitação; e, em 2004, 18 CES não  
335 participaram de processo de capacitação; **c)** principais temas a serem trabalhados nas próximas  
336 capacitações - financiamento e orçamento; papel dos conselheiros; e funcionamento e organização do  
337 Conselho; **d)** infra-estrutura – 21 CES possuem sede própria; **e)** linha telefônica – os 27 CES possuem; e  
338 **f)** equipamento de informática – os 27 CES possuem computador e 96% tem acesso à internet. Além  
339 disso, destacou que, diante da abrangência e da complexidade das informações a serem levantadas  
340 pelo Perfil, os pesquisadores optaram por construir seis índices e indicadores que formariam uma base  
341 que retrataria a situação dos CMS e CES e, posteriormente, permitiriam o monitoramento da realidade  
342 dos mesmos, sendo: Índice de Adequação dos Conselhos de Saúde à Resolução do CNS nº 333/03;  
343 Índice de Estrutura Física e Equipamentos; Índice de Pleno Funcionamento dos Conselhos de Saúde;  
344 Índice de Autonomia dos Conselhos de Saúde; Índice de democratização dos Conselhos de Saúde; e  
345 Índice de Gestão dos Conselhos de Saúde. Concluindo, ressaltou que a idéia era dar continuidade à  
346 pesquisa, levantando, a partir dos dados, hipóteses para entender questões mais complexas como  
347 representatividade, participação e democratização. Na seqüência, a Diretora do Departamento de  
348 Gestão Estratégica e Participativa/MS, **Ana Costa**, apresentou o projeto de organização de uma Rede  
349 de Observatórios de Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde. Iniciou explicando que o objetivo  
350 do projeto era oferecer subsídios para o estabelecimento de uma Rede Nacional de Observatórios de  
351 Gestão Participativa, desenvolvendo e testando um instrumento que contribuísse para esse fim. Para  
352 isso, disse que seria necessário identificar formas que pudessem vir a facilitar o monitoramento das  
353 ações dos conselhos em suas esferas de atuação e identificar aspectos que dificultavam o registro  
354 sistemático de sua ação e sugerir formas gradativas para superar o problema. Destacou que os  
355 observatórios consistiam em instrumentos que se voltavam para a realidade social e tentavam  
356 acompanhar o grau de resposta organizada da sociedade e dos governos no atendimento de demandas  
357 específicas, mediante o registro de informações, divulgação e disseminação de dados e captação dos  
358 interesses e pontos de vista a respeito de fatos. Acrescentou que possibilitavam o acompanhamento  
359 estratégico de políticas, ações e programas governamentais, no curto, médio e longo prazo; intercâmbio  
360 e maior agilidade na transmissão de experiências; articulação entre os integrantes; desenvolvimento de  
361 linhas de acompanhamento de interesse comum; e possibilitavam a realização de estudos comparativos.  
362 Explicou que nesta etapa o projeto foi desenvolvido nas cinco Regiões do País: Norte – Manaus;  
363 Nordeste – Recife; Sudeste - Belo Horizonte; Sul – Londrina; e Centro-Oeste – Cuiabá – e em municípios  
364 com uma população entre 50.000 e 1.000.000 de habitantes e balizamento por outras variáveis,  
365 definidas pelos núcleos regionais, levando em conta as diversidades entre os municípios e as  
366 características de cada estado/região. Seguindo, falou sobre a metodologia utilizada, tendo em vista que  
367 o projeto pretendia verificar aspectos dinâmicos dos conselhos, ou seja, os processos inerentes à

368 condução e gestão do sistema de saúde, nos âmbitos de sua competência. Para tanto, explicou que  
369 foram estabelecidos padrões de referência visando indicar se o Conselho estava cumprindo  
370 adequadamente seu papel, com base nas Resoluções do CNS nºs 333/03 e 33/92 e nas  
371 Recomendações das 11<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde. Acrescentou que o acompanhamento  
372 estava baseado na noção de práticas virtuosas (*boas práticas*) com identificação de seus principais  
373 caracteres, em sua manutenção, divulgação e replicação. Destacou, ainda, a elaboração e aplicação de  
374 instrumentos: padrões, respectivos propósitos, formas de verificação (fontes) e de apuração. Explicou  
375 que foram utilizados como fontes de informação: entrevistas com conselheiros e parlamentares; livro de  
376 atas dos Conselhos; documentos legais e regimentais; outras resoluções; materiais impressos sobre o  
377 tema; e dados do Projeto Perfil dos Conselhos Municipais de Saúde (MOREIRA & ESCOREL, 2004).  
378 Seguindo, detalhou que foram entrevistados membros dos Conselhos, representantes dos usuários;  
379 membros dos Conselhos, representantes dos profissionais de saúde; membros dos Conselhos,  
380 representantes dos prestadores privados ou filantrópicos; membros dos Conselhos, representantes dos  
381 gestores; parlamentares das Comissões de Saúde e presidentes das Câmaras de Vereadores. Com  
382 isso, chegou-se ao total de 416 pessoas entrevistadas, sendo 300 dos Conselhos Municipais de Saúde, 20  
383 dos Conselhos Estaduais de Saúde e 96 do Poder Legislativo. Em relação aos Conselhos Municipais de  
384 Saúde, foram utilizados os seguintes instrumentos padrões: definição e criação; composição e  
385 representatividade; funcionamento; processo decisório; e atribuições. No que diz respeito ao Legislativo,  
386 destacou que foram objeto do padrão as atividades desenvolvidas e as articulações mantidas.  
387 Continuando, explicou que a análise verificou aspectos de participação do setor civil na área pública,  
388 beneficiando-se da discussão de Rowe (2000) e do que ele denominou “critérios de aceitação” e  
389 “critérios de processo”. Os critérios de aceitação são: **1)** critério de representatividade - os participantes  
390 da sociedade devem constituir-se em uma amostra representativa da população, no que se refere aos  
391 segmentos sociais; **2)** critério de independência - o processo participativo deve ser conduzido de forma  
392 independente e livre de influências indevidas; **3)** critério de engajamento imediato - o público deve estar  
393 envolvido com os processos tão logo um tema seja considerado pertinente; **4)** critério de influência - o  
394 resultado de todo o processo deve ter impacto, levando a uma medida administrativa ou política; e **5)**  
395 critério de transparência - os processos devem ser transparentes, de forma que o público possa saber o  
396 que está acontecendo e como as decisões são tomadas. Os critérios de processos são: **1)** critério de  
397 acesso aos recursos - os participantes devem ter acesso aos recursos apropriados, que lhes permitam  
398 desempenhar bem e rapidamente a sua missão; **2)** critério de definição de tarefas - a natureza e o  
399 escopo da participação em uma dada tarefa devem estar claramente definidos; e **3)** critério de tomada de  
400 decisão estruturada - o exercício da participação deve usar e prover mecanismos adequados para que o  
401 processo de tomada de decisão seja estruturado e compartilhado. Explicitados os critérios, passou à  
402 apresentação dos resultados das análises dos dados dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, a  
403 partir dos mesmos. Em relação ao critério de representatividade, destacou que os Conselhos eram  
404 compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de governo e de prestadores  
405 de serviços, tendo sido verificado que havia equilíbrio na composição de representantes de governo e de  
406 prestadores de serviços. Destacou que todos os Conselhos Estaduais de Saúde analisados cumpriram o  
407 padrão, exceto o da Região Centro-Oeste. Quanto aos Conselhos Municipais, houve registro de não  
408 conformidade ao padrão em municípios analisados nas Regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste. Com  
409 relação ao equilíbrio entre governo e prestadores, o padrão foi cumprido integral ou parcialmente na  
410 maioria dos CMS analisados, com exceção dos estudados na Região Sudeste. Em relação ao critério de  
411 independência, destacou: não havia entre os representantes dos usuários, prestadores de serviço e  
412 trabalhadores de saúde ocupantes de cargo de confiança na Secretaria de Saúde e o mandato dos  
413 conselheiros não coincidia com o mandato do Governo Estadual/Municipal. Destacou que todos os  
414 Conselhos Estaduais de Saúde pesquisados atenderam aos padrões, exceto o da Região Norte, no que  
415 diz respeito à coincidência de mandatos. Na maioria dos Conselhos Municipais estudados, não havia  
416 entre os representantes dos usuários, prestadores de serviço, trabalhadores de saúde alguém que  
417 ocupasse cargo de confiança na Secretaria de Saúde. Além disso, ressaltou que se registrou a presença  
418 de trabalhadores de saúde entre usuários em pelo menos um município de todas as regiões; a presença  
419 de prestadores de serviço de saúde entre usuários em municípios das Regiões Centro-Oeste, Sudeste e  
420 Norte; e a presença de pessoas comissionadas em CMS das Regiões Nordeste e Norte. Acrescentou  
421 que, na maioria dos CMS analisados, os mandatos não coincidiam, embora tenha havido registro de não  
422 cumprimento do padrão em municípios de todas as regiões. Sobre o critério de engajamento imediato,  
423 verificou-se a atuação no controle da execução das Políticas de Saúde – análise, discussão e aprovação  
424 do relatório de gestão. Explicou que os cinco CES estudados mostraram comportamento pouco  
425 uniforme; no CES da Região Centro-Oeste não houve cumprimento dos padrões. Entre os CMS, disse  
426 que a maioria cumpria integralmente o padrão relativo ao relatório de gestão, exceto nos municípios  
427 estudados das Regiões Norte e Nordeste. Quanto ao controle da execução das Políticas de Saúde, para  
428 a grande maioria dos CMS analisados houve registro parcial deste padrão. A propósito do critério de  
429 engajamento imediato, destacou que examinou os problemas de saúde mais relevantes; os temas:

430 doenças sexualmente transmissíveis /AIDS, doenças do coração, doença mental, assistência  
431 farmacêutica; e os problemas de saúde de grupos específicos. Nos CES estudados, informou que a  
432 grande maioria cumpria parcialmente os padrões, sendo que os conselhos das Regiões Centro-Oeste e  
433 Sudeste registraram que não examinavam os problemas de saúde mais relevantes. Acrescentou que o  
434 mesmo acontecia com relação aos CMS analisados, com registros de não cumprimento em municípios  
435 de todas as regiões. Com relação ao critério de transparéncia, destacou que examinou se as reuniões  
436 plenárias eram abertas ao público e se os trabalhos e decisões eram divulgados pelos meios de  
437 comunicação disponíveis. Destacou que as reuniões plenárias eram abertas ao público em todos CES e  
438 CMS estudados e a divulgação dos trabalhos e decisões ocorria em todos os CMS analisados, exceto no  
439 da Região Centro-Oeste. Nos CMS pesquisados nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste o padrão  
440 não foi cumprido. Quanto ao  
441 critério de acesso aos recursos, disse que era examinado se eram fornecidas condições para o pleno  
442 exercício de suas atividades (dispensa do trabalho para participar de reuniões, capacitações e condições  
443 e garantias pessoais para o pleno exercício de suas funções):  
444 pauta e material de apoio às reuniões encaminhados aos conselheiros, com antecedência; Secretaria-  
445 Executiva e estrutura administrativa disponível; e gerenciamento do seu próprio orçamento. Quanto às  
446 condições para o pleno exercício de suas atividades, disse que na maioria dos CES e CMS estudados  
447 registrou-se atendimento parcial ao padrão; apenas na Região Nordeste não foi identificado nenhum  
448 CMS, entre os 20 analisados, que não o cumprisse. Em todos os CES e na maioria dos CMS estudados,  
449 a pauta era encaminhada com antecedência suficiente e, quanto ao material de apoio às reuniões, a  
450 tendência foi o atendimento parcial ao padrão. Além disso, ressaltou que todos CES estudados  
451 possuíam Secretaria-Executiva e estrutura administrativa. Nos CMS analisados, a maioria atendeu ao  
452 padrão de forma integral ou parcial, com registros de não cumprimento em pelo menos um município em  
453 todas as regiões. Os CES pesquisados das Regiões Sul e Sudeste não gerenciam o próprio orçamento,  
454 como a maioria dos 80 CMS. Sobre o  
455 critério de definição de tarefas, verificava-se se o  
456 Regimento Interno era de conhecimento dos conselheiros e se Conselho articulava-se com Poder  
457 Legislativo e Ministério Público. Expôs que em todos CES vistos o Regimento Interno era de  
458 conhecimento dos conselheiros. Nos CMS estudados, a maioria cumpriu o padrão total ou parcialmente.  
459 A articulação com Poder Legislativo não foi referida nos CES analisados das Regiões Norte e Centro-  
460 Oeste e na maioria dos CMS observados nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. No Sul e  
461 Sudeste, a maioria cumpriu o padrão parcialmente. Destacou que o padrão de articulação com o  
462 Ministério Público foi atendido parcial ou integralmente na maioria dos CES pesquisados. Nas regiões  
463 Nordeste e Norte, a maioria dos CMS analisados não cumpria o padrão. No que diz respeito ao  
464 critério de tomada de decisão estruturada, destacou que era verificado se os  
465 conselheiros aprovavam a pauta em plenária e se os temas apreciados eram debatidos com as  
466 entidades representadas pelos representantes dos usuários, dos trabalhadores de saúde e dos  
467 prestadores de serviços. Explicou que a maioria dos CES e dos CMS analisados aprovava a pauta em  
468 plenária de modo integral ou parcial, exceto os CES estudados nas Regiões Centro-Oeste e Sudeste.  
469 Alguns CMS de municípios pesquisados das Regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste não alcançaram o  
470 cumprimento do padrão. Disse que a maioria dos representantes dos usuários, dos trabalhadores de  
471 saúde e dos prestadores de serviços nos CMS estudados não debatia os temas examinados nas  
472 reuniões com suas respectivas entidades, principalmente nos municípios observados nas Regiões Norte,  
473 Nordeste e Sudeste. Nos CES analisados, registrou-se cumprimento integral ou parcial do padrão  
474 apenas para a representação de trabalhadores de saúde. Com relação às representações de outros  
475 segmentos, o debate ocorria de forma irregular, com maior evidência nos conselhos pesquisados nas  
476 Regiões Norte e Centro-Oeste. Diante desses resultados, apresentou  
477 conclusões preliminares do projeto: no âmbito dos Conselhos de Saúde há um desempenho ainda  
478 precário, fragilidade no acompanhamento da execução da Política de Saúde, articulação incipiente com  
479 outras instâncias da sociedade organizada, dependência do Poder Executivo e pouca comunicação com  
480 as entidades representadas. Além disso, citou as  
481 principais reivindicações dos entrevistados, sendo: a  
482 tividades de capacitação para os conselheiros; acesso aos documentos da Secretaria de Saúde; maior  
483 autonomia para as ações e decisões do Conselho; documentos oficiais em linguagem acessível; mais  
484 informações do Ministério da Saúde; e retorno dos resultados desta pesquisa. Finalizando, apresentou  
485 as seguintes r  
486 ecomendações preliminares em relação aos Conselhos de Saúde: estímulo às correções de distorções  
487 quanto à representatividade; incentivos ao efetivo exercício do acompanhamento da execução da  
488 Política de Saúde; estímulo à busca de articulação com outras instâncias da sociedade organizada; e  
489 realização de processos de capacitação. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para  
490 considerações do Plenário. Conselheiro **Eni Carajá Filho** propôs a articulação e unificação dos projetos  
491 do Ministério da Saúde voltados ao levantamento de dados dos Conselhos de Saúde – Perfil dos  
492

497 Conselhos e Rede de Observatórios - com o efetivo controle social do CNS. Também sugeriu que,  
498 durante a realização dos processos de capacitação, os Conselhos de Saúde tivessem autonomia para  
499 estabelecer as suas pautas, independente inclusive do projeto nacional e utilizando uma linguagem *loco*  
500 regional. Conselheiro **Wilson Valério Lopes** destacou que as pesquisas eram louváveis, contudo, disse  
501 que ser necessário garantir a autonomia dos Conselhos de Saúde, independente das preocupações  
502 governamentais. Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo** sugeriu que fosse construído banco de dados  
503 sobre os conselheiros de saúde atuantes, definindo inclusive como seria feita a alimentação desse  
504 banco. Também observou a presença significativa de mulheres na presidência de conselhos municipais  
505 de saúde. Por fim, enfatizou a importância de investir no processo de educação permanente para o  
506 controle social. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**, em relação à pesquisa de Perfil dos Conselhos de  
507 Saúde no Brasil, perguntou como se daria a continuidade de coleta de dados, inclusive quais seriam os  
508 sujeitos da pesquisa. Também sugeriu que o Conselho Nacional de Saúde fosse avaliado a partir dos  
509 índices definidos pela pesquisa, conforme foi feito com os Conselhos Municipais e Estaduais. Por fim,  
510 perguntou quando os resultados das pesquisas estariam disponíveis para a consulta e como seria o  
511 retorno para as fontes de informação (Conselhos de Saúde). Conselheira **Geusa Dantas Lelis** iniciou  
512 destacando que a pesquisar o perfil dos Conselhos de Saúde do país era um papel do CNS e não da  
513 Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS. Também perguntou qual a previsão de gastos com  
514 a pesquisa "Perfil dos Conselhos de Saúde no Brasil", com se daria o acompanhamento e a atualização  
515 de dados e, por fim, se a população teria acesso à pesquisa. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**  
516 salientou a necessidade de aprofundar a discussão sobre o perfil dos Conselhos de Saúde, em especial,  
517 de quem era a atribuição de pesquisar esse perfil - SGEP ou CNS. Na sua visão, o projeto "Perfil dos  
518 Conselhos de Saúde no Brasil", da SGEP, sobreponha-se ao projeto Cadastro Nacional de Conselhos de  
519 Saúde, do CNS. Também reiterou o pedido de informações sobre o custo da pesquisa da SGEP e a  
520 atualização dos dados. Por fim, ponderou se as respostas ilustravam a real situação dos conselhos, visto  
521 que o questionário era respondido apenas pelo presidente do Conselho, sem a participação dos  
522 conselheiros. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou que a SGEP possuía papel estratégico e  
523 fundamental no SUS e entendia que a pesquisa era pontal e serviria de instrumento para que a  
524 Secretaria trabalhasse as suas necessidades e demandas. Em sendo assim, não deveria ser continuada,  
525 pois representaria sobreposição ao projeto de Cadastro de Conselhos de Saúde, do CNS, que estava  
526 em andamento. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** solicitou que a academia, ao elaborar  
527 documentos, em especial aqueles voltados aos usuários, utilizasse uma linguagem acessível e incluísse  
528 glossário para explicar o significado de termos técnicos e expressões estrangeiras que não pudessem  
529 ser traduzidas. Avaliou que o foco do trabalho da SGEP deveria ser a democratização da rede de gestão  
530 do SUS e não do Controle Social e, nessa ótica, mostrou-se contrária ao instrumento de pesquisa  
531 utilizado no projeto "Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil", visto que era centralizado no gestor.  
532 Também salientou a necessidade de planejamento de atividades, a fim de evitar duplicidade de ações no  
533 âmbito do Ministério da Saúde e contradições entre as atribuições do CNS e do Ministério da Saúde.  
534 Devido ao adiantado da hora, Conselheira **Silvia Marques Dantas** sugeriu que os trabalhos fossem  
535 suspensos e, após o intervalo, fosse aberta a palavra aos demais inscritos para falar sobre o tema. O  
536 Plenário acatou o encaminhamento e os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião foram  
537 encerrados, estando presentes os seguintes conselheiros: **Titulares - Antônio Alves de Souza,**  
538 **Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior,**  
539 **Francisco das Chagas Dias Monteiro, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, João**  
540 **José Cândido da Silva, Maria Eugênia C. Cury, Maria Leda de R. Dantas, Nildes de Oliveira**  
541 **Andrade, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas, Volmir Raimondi e Zilda Arns Neumann.**  
542 **Suplentes - Geusa Maria Dantas Lelis, Luiz Gonzaga de Araújo, Maria Irene Monteiro Magalhães,**  
543 **Marisa Fúria Silva, Odair Furtado, Ruth Ribeiro Bittencourt e Wilson Valério Lopes.** A Secretária-  
544 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, retomou os trabalhos, anunciando a presença da  
545 Presidente e do Vice-Presidente da Associação Brasileira dos Portadores da Síndrome de Talidomida  
546 (ABPST), acompanhados de delegação da Associação de Vítimas da Talidomida, da Suécia, e do  
547 Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza**, coordenador do Movimento de Reintegração das Pessoas  
548 Atingidas pela Hanseníase (MORHAN). Explicou que a utilização da talidomida estava em debate, dado  
549 o registro de nascimento de uma criança possivelmente com Síndrome de Talidomida e a consulta  
550 pública da ANVISA sobre a regulamentação do uso da substância. Nesse sentido, consultou o Plenário se  
551 era possível abrir a palavra aos visitantes para que falassem sobre essa situação e apresentassem  
552 proposta. Com a anuência do Plenário, abriu a palavra à Presidente da Associação Brasileira dos  
553 Portadores da Síndrome de Talidomida (ABPST), **Cláudia Marques Maximino**, que informou o Plenário  
554 sobre a consulta pública concernente à Portaria nº 63 da ANVISA, em andamento, que trata sobre o uso  
555 da talidomida. A Presidente da ABPST explicou que a ANVISA não consultou a sociedade civil para  
556 definir os termos do documento que estava sob consulta pública e a Associação, dentre outras  
557 entidades, era contrária a várias de suas propostas, dentre elas, a retirada do desenho da caixa do  
558 medicamento, alertando que as mulheres gestantes não poderiam utilizar aquela substância. Além disso,

559 destacou que o registro de nascimento de uma criança, em Rondônia, possivelmente com Síndrome de  
560 Talidomida, sinalizava a necessidade de definir regras mais rígidas para o uso da substância. Nesse  
561 caso, por exemplo, disse que o pai, usuário da substância, não fora avisado sobre os seus riscos do  
562 medicamento. Informou, ainda, que, entendendo que a utilização da talidomida estava controlada, o  
563 INSS publicou Portaria, determinando que o governo não mais se responsabilizaria pelas indenizações e  
564 pensões vitalícias para as pessoas vítimas da Síndrome de Talidomida. Diante dessas questões,  
565 solicitou ao CNS que recomendasse ao Ministério da Saúde a suspensão imediata da consulta pública.  
566 Por fim, informou que, juntamente com integrantes da Associação FFMB, da Suécia, faria visita ao  
567 Congresso Nacional para sensibilizar deputados e senadores quanto à necessidade de regulamentação  
568 do uso da talidomida. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** explicou que o registro de nascimento de  
569 um possível caso de Síndrome de Talidomida, investigado pelo MORHAN e pela Secretaria de  
570 Vigilância em Saúde/MS (SVS), junto com a Secretaria de Saúde de Rondônia, surgiu no momento em  
571 que a ANVISA colocou em consulta pública a Portaria que defende a flexibilização de pesquisa e  
572 utilização da talidomida, sem ouvir as entidades que discutem a utilização da substância (MORHAN,  
573 ABPST, por exemplo). Nesse sentido, solicitou que o CNS recomendasse ao Ministério da Saúde a  
574 suspensão da consulta pública e a constituição de um novo grupo, com a participação de representantes  
575 da sociedade civil e do governo, para debater com a ANVISA a normatização do uso da talidomida. A  
576 Presidente da Associação Brasileira dos Portadores da Síndrome de Talidomida (ABPST), **Cláudia**  
577 **Marques Maximino**, retomou a palavra para informar que os processos da primeira e segunda geração  
578 das vítimas da talidomida arrastavam-se por anos e muitas pessoas ainda aguardavam decisão judicial  
579 para receber o benefício. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que  
580 solicitou informações às áreas técnicas do Ministério da Saúde sobre as indenizações para as pessoas  
581 com Síndrome da Talidomida e estava tentando marcar uma audiência com o Ministério da Previdência e  
582 uma reunião da ABPST e do MORHAN com a ANVISA. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** registrou  
583 a solidariedade do CNS para com a família da criança vítima da Síndrome de Talidomida, bem como a  
584 sua indignação com a negligência daqueles que deveriam cuidar da saúde da população. Além disso,  
585 agradeceu a presença da ABPST e da delegação da Suécia. **Sobre essa questão, o Plenário aprovou,**  
586 **por unanimidade, os seguintes encaminhamentos: elaborar resolução, solicitando ao Ministério**  
587 **da Saúde a suspensão da consulta pública sobre o uso da talidomida e a constituição de um**  
588 **novo grupo, com representantes do governo (áreas técnicas do Ministério da Saúde) e da**  
589 **sociedade civil (MORHAN e ABPST), para debater com a ANVISA a normatização do uso desse**  
590 **medicamento; e recomendação ao Conselho Nacional da Previdência Social para que discuta a**  
591 **questão do benefício especial para as pessoas com Síndrome de Talidomida, inclusive com a**  
592 **participação da sociedade civil.** O Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** comprometeu-se a redigir  
593 as propostas de resolução e recomendação para serem apreciadas ainda na reunião. A Presidente da  
594 ABPST, **Cláudia Marques Maximino**, agradeceu, em nome do movimento, o apoio do CNS. Definido  
595 esse ponto, foi retomada a discussão dos projetos Perfil dos Conselhos de Saúde e Rede de  
596 Observatórios de Gestão Participativa. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que resistiu à  
597 idéia de criação da Secretaria de Gestão Participativa, no momento em que a proposta foi apresentada ao  
598 CNS, por entender que as competências da Secretaria poderiam conflitar-se com as do CNS.  
599 Acrescentou que, apesar da reformulação das competências da SGEP, sob a gestão do Conselheiro  
600 **Antônio Alves**, algumas ações da Secretaria apresentavam sobreposição às do CNS e citou como  
601 exemplo os dois projetos apresentados. Nesse sentido, recomendou que a SGEP encerrasse os projetos  
602 Perfil dos Conselhos de Saúde e Rede de Observatórios de Gestão Participativa naquele momento,  
603 entendendo que já haviam sido levantados os dados necessários para definição de suas ações. Além  
604 disso, propôs que o Ministério da Saúde apoiasse o CNS no sentido de agilizar o processo de  
605 implantação do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**,  
606 Secretário de Gestão Estratégica e Participativa/MS, de início, afirmou que não havia concorrência entre  
607 o CNS e a SGEP, visto que a Secretaria visava fortalecer o Controle Social. Disse que, ao assumir a  
608 SGEP, o projeto Perfil dos Conselhos de Saúde já estava em desenvolvimento e optou por continuá-lo  
609 por entender que os seus resultados poderiam contribuir para a definição de ações voltadas ao  
610 fortalecimento do Controle Social. Todavia, afirmou que se estivesse à frente da Secretaria no momento  
611 em que o projeto foi proposto teria se manifestado no sentido de centrar esforços em um só projeto.  
612 Além disso, avaliou que os dados do projeto Perfil dos Conselhos de Saúde, da SGEP, poderiam ser  
613 complementares aos do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, uma vez que apresentava mais  
614 informações. Por fim, salientou que a gestão e o Controle Social teriam que trabalhar juntos, de forma  
615 solidária, visando o fortalecimento do SUS. Conselheira **Silvia Marques Dantas** fez uma reflexão sobre  
616 a importância do processo democrático participativo na definição da metodologia da pesquisa. Destacou  
617 que uma pesquisa do Ministério da Saúde com gestores da saúde revelou que apenas 5% reconheciam  
618 a importância do controle social para a definição da política de saúde e a pesquisa da SGEP com os  
619 conselheiros de saúde apontou que a maior dificuldade com relação ao controle social referia-se à  
620 informação da gestão. Disse que esses dois dados revelavam a importância de ampliação do diálogo da

621 SGEP com a gestão das esferas municipais e estaduais. Destacou que a democracia efetiva não se  
622 limitava ao caráter procedural, mas abrangia a construção criativa das políticas. Nesse sentido,  
623 perguntou quais foram os indicadores efetivamente construídos, tendo em vista o processo de  
624 democracia participativa. Finalizado esse bloco de intervenções, foi aberta a palavra para considerações  
625 da mesa. A Diretora do Departamento de Gestão Estratégica e Participativa/MS, **Ana Costa**, explicou  
626 que o projeto “Rede Nacional de Observatórios de Gestão Participativa” era uma ferramenta para a  
627 gestão, devendo ter continuidade, visto que os seus dados iriam compor uma base de informações para  
628 um sistema nacional sobre a situação dos Conselhos de Saúde, que seria permanente atualizado pelos  
629 atores do Controle Social (CES e CMS). Acrescentou que o projeto também contribuiria para orientar a  
630 SGEP sobre os rumos das suas ações para apoiar o fortalecimento dos Conselhos de Saúde, de acordo  
631 com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde. Em relação ao Perfil dos Conselhos de Saúde, disse que  
632 a intenção era alcançar 100% dos municípios brasileiros com o instrumento de pesquisa (questionário) e  
633 disponibilizar os dados para utilização. Em relação ao custo, informou que os dois projetos custaram R\$  
634 670 mil para serem desenvolvidos durante dois anos. Detalhou que esse custo não era alto, visto que  
635 seria uma ferramenta que seria atualizada permanentemente e formaria uma base de dados. Sobre a  
636 metodologia, disse que se optou por questionário devido à absoluta impossibilidade de buscar um  
637 processo que possibilitasse atingir a universalidade dos conselhos de saúde, de forma participativa. A  
638 propósito, informou que a SGEP e a Secretaria de Ciência e Tecnologia publicariam edital de pesquisa  
639 sobre Controle Social e Gestão Participativa que incentivaria a apresentação de alternativas  
640 metodológicas que poderiam ser oportunamente utilizadas em pesquisas. Destacou, ainda, que além de  
641 subsidiar a SGEP na definição de suas ações, os dados dos estudos serviriam de base para as  
642 Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, visto que o Pacto de Gestão do SUS apontava o  
643 funcionamento dos conselhos como condição para o repasse de recursos. Por fim, ressaltou que os  
644 projetos configuravam-se em ferramentas que apresentavam panorama geral e particular de cada um  
645 dos municípios, envolvendo um conjunto de instituições acadêmicas comprometidas com o SUS. O  
646 professor da ENSP/FIOCRUZ, **Marcelo Rasga Moreira** iniciou agradecendo as contribuições e  
647 esclarecendo dúvidas dos conselheiros. Explicou que o Projeto “Perfil dos Conselhos de Saúde do  
648 Brasil” não era pontual, portanto teria continuidade, pois o seu objetivo maior era servir de instrumento  
649 de trabalho dos próprios Conselhos de Saúde, que seriam os responsáveis por alimentá-lo. Disse que a  
650 primeira etapa voltou-se ao levantamento e sistematização de informações dos conselhos de saúde que  
651 possibilitassem a definição do sistema que seria colocado à disposição dos Conselhos de Saúde. Neste  
652 processo, destacou que os CES e CMS deixariam de ser os informantes e passariam a ser os próprios  
653 tratadores do banco. Em relação aos dados, explicou que, ao serem colocados à disposição para  
654 consulta, os próprios conselheiros poderiam verificar se estavam de acordo com a realidade, visto que o  
655 Presidente do Conselho seria o responsável por responder o instrumento de pesquisa. Em relação aos  
656 indicadores, explicou que mostravam o retrato dos Conselhos de Saúde a partir do instrumento de  
657 pesquisa utilizado e a etapa seguinte se voltaria a compreender o funcionamento dos Conselhos no que  
658 diz respeito à participação, dinâmica e representatividade. Por fim, disse que os últimos dados da  
659 pesquisa seriam colocados à disposição para consulta na próxima semana. Apesar desses esclarecimentos  
660 da mesa, foi aberta nova rodada de intervenções. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu  
661 que a mesa consultasse o Plenário se havia concordância ou não com os termos dos projetos  
662 apresentados e a continuidade dos mesmos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou que os  
663 projetos eram pontuais pois se dispunham a oferecer bases de dados consistentes para que a SGEP/MS  
664 desenvolvesse as suas atividades e, considerando que não era atribuição de Governo fazer diagnóstico  
665 sobre a situação dos conselhos de saúde, a tarefa da SPEG em relação à pesquisa encerrava-se  
666 naquele ponto. Acrescentou que a realização de diagnóstico do Controle Social era atribuição dos  
667 Conselhos de Saúde, particularmente o projeto Cadastro de Conselhos de Saúde do CNS, com o qual,  
668 inclusive, a SGEP, poderia contribuir. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** disse que os estudos da  
669 SGEP deviam ser considerados, contudo, deveriam encerrar-se naquele ponto. Destacou que, ao ser  
670 apresentada pela primeira vez no CNS, o entendimento foi que a pesquisa da então SGP era pontual,  
671 mas no decorrer do seu desenvolvimento, ela foi modificada aproximando-se inclusive do projeto do  
672 CNS. Além disso, destacou que a pesquisa da SGEP, ao tornar-se contínua, com atualização  
673 permanente, se chocaria com o projeto Cadastro Nacional de Conselhos. Diante disso, sugeriu que o  
674 Plenário se manifestasse pelo encerramento da pesquisa, entendendo que o monitoramento do  
675 funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde deveria ser feito pelo CNS. Conselheiro  
676 **Francisco das Chagas Monteiro** ponderou que o CNS não deveria votar os projetos, uma vez que se  
677 tratavam de instrumentos utilizados pela SGEP para levantar dados que subsidiassem a definição de  
678 suas atividades. Além disso, destacou que as Secretarias e a academia tinham autonomia para fazer  
679 pesquisa sobre qualquer assunto, inclusive a respeito dos conselhos de saúde, cabendo ao Conselho  
680 apreciá-las e, se possível, apresentar contribuições. Conselheiro **João Cândido da Silva** destacou que o  
681 CNS tinha que fortalecer o seu papel de órgão deliberativo e fiscalizador das políticas do Ministério da  
682 Saúde e não assumir a função de executor. Avaliou que o SUS não funcionava como desejável porque

683 os Conselhos Municipais de Saúde não desempenhavam a função de fiscalizar a execução das políticas  
684 pelos gestores de saúde, utilizando as ferramentas disponíveis. Diante dessas considerações, afirmou  
685 que o CNS não deveria votar as propostas, mas sim, recomendar ao Ministério da Saúde a apresentação  
686 de novas estratégias para efetivar cada vez mais o Controle Social no país. Conselheiro **Antônio Alves**  
687 **de Souza** disse que almejava que a SGEP/MS fosse o instrumento de execução do CNS e, nessa  
688 lógica, sugeriu que a comissão responsável pelo Cadastro de Conselhos de Saúde aliasasse a pesquisa  
689 da Secretaria para verificar os pontos que poderiam ser considerados, a fim de definir instrumento único  
690 que ficaria à disposição do CNS, com atualização permanente. Além disso, lembrou que as instituições e  
691 órgãos de governo eram autônomos para fazer pesquisas sobre qualquer assunto, mas, por se tratar de  
692 um estudo que envolvia o Controle Social, decidiu submetê-lo à apreciação do CNS. O professor  
693 **Marcelo Rasga Moreira** informou que a ENSP apresentou o planejamento da pesquisa a SGEP/MS em  
694 julho de 2003, assim, não houve nenhum contato que influenciou a pesquisa. Conselheiro **Francisco**  
695 **Batista Júnior** afirmou que qualquer órgão tinha autonomia para realizar pesquisa sobre Conselhos de  
696 Saúde, o que era diferente da proposta de definir cadastro permanente de CES e CMS. Além disso,  
697 destacou que os projetos deveriam ser apreciados pelo CNS, haja vista que diziam respeito ao Ministério  
698 da Saúde, ao Controle Social e ao dinheiro público. Ressaltou também que a tarefa de acompanhar os  
699 CES e CMS era do CNS e a Secretaria deveria voltar esforços para promoção de debate nos municípios  
700 na perspectiva de implementar a gestão participativa. Diante disso, reiterou a proposta de aprovar a  
701 pesquisa, contanto que fosse encerrada naquele momento, uma vez que a tarefa de acompanhar,  
702 fiscalizar e cadastrar os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais era do CNS. Conselheira **Maria**  
703 **Leda de R. Dantas** avaliou que o Ministério da Saúde deveria definir ações alternativas para que a  
704 gestão do SUS fosse participativa, de tal forma a não inibir as ações do Controle Social, considerando-o  
705 como ferramenta da gestão. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** sugeriu que o Plenário recomendasse a  
706 utilização da base de dados das pesquisas para balizar as políticas do CNS e do Ministério da Saúde.  
707 Encerrado esse bloco de intervenções, a mesa passou a encaminhar a discussão. Conselheira **Solange**  
708 **Gonçalves Belchior** destacou que havia consenso em considerar a base de dados das pesquisas e a  
709 polêmica referia-se à próxima etapa. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,  
710 destacou ser necessário considerar que o Cadastro de Conselhos de Saúde e o Projeto de Perfil de  
711 Conselhos de Saúde eram distintos, visto que o primeiro surgiu a partir da necessidade de comunicação  
712 entre os conselhos, da importância de agregar os dados dos cadastros existentes e de definir rotina para  
713 atualização dos dados e o segundo era mais amplo pois buscou definir perfil dos Conselhos de Saúde.  
714 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** entendeu que o Plenário deveria manifestar-se primeiramente se  
715 votaria ou não a apresentação para, em seguida, decidir sobre a continuidade ou não do projeto. Assim,  
716 sugeriu que a mesa consultasse o Plenário se desejava votar os projetos. Seguindo esse  
717 encaminhamento, a mesa colocou em votação os seguintes encaminhamentos: **1)** o CNS deveria  
718 manifestar-se sobre as apresentações ("Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil" e "Rede Nacional de  
719 Observatórios de Gestão Participativa"); e **2)** o CNS não deve manifestar-se sobre as apresentações. **A**  
720 **proposta número 1 recebeu dezesseis votos. A proposta número 2, cinco votos. Duas**  
721 **abstenções.** Diante desse resultado, Conselheira **Silvia Marques Dantas** colocou em votação as  
722 seguintes propostas: **1)** não indicar a continuidade da Pesquisa "Perfil dos Conselhos de Saúde do  
723 **Brasil", da SGEP/MS; e **2)** indicar a continuidade da Pesquisa "Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil",**  
724 **da SGEP/MS. A proposta número 1 recebeu quinze votos. A proposta número 2, quatro votos.**  
725 **Cinco abstenções.** Diante desse resultado, o Plenário manifestou-se pelo encerramento do  
726 projeto, entendendo que os dados coletados sobre o perfil dos Conselhos de Saúde poderiam ser  
727 utilizados como subsídio para os trabalhos do CNS. Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do  
728 item 3 da pauta. **ITEM 3 – APRESENTAÇÃO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA DO BRASIL PARA O**  
729 **ENFRENTAMENTO DE UMA PANDEMIA DE INFLUENZA** – Os Conselheiros **Eni Carajá Filho** e  
730 **Graciara Matos de Azevedo** assumiram a coordenação dos trabalhos e convidaram o Dr. **Expedito**  
731 **Luna**, do Departamento de Vigilância Epidemiológica/SVS/MS, para apresentação do Plano de  
732 Contingência do Brasil para o enfrentamento de uma pandemia de influenza. De início, o Dr. **Expedito**  
733 **Luna**, do Departamento de Vigilância Epidemiológica/SVS/MS, agradeceu a oportunidade e explicou que  
734 faria uma abordagem sobre a influenza, a real ameaça de uma pandemia e as ações do Brasil para  
735 enfrentá-la. Disse que a influenza era uma doença contagiosa aguda do trato respiratório, transmissível e  
736 de etiologia viral, caracterizada clinicamente por febre alta (38º C), tosse seca, dor de garganta,  
737 prostração, cefaléia e mialgia, particularmente mais grave em pessoas com doenças pré-existentes e  
738 nas mulheres grávidas. Acrescentou que a influenza apresentava período curto de incubação, de 1 a 4  
739 dias e a transmissibilidade poderia ocorrer de dois a cinco dias do início dos sintomas. Ressaltou que as  
740 síndromes gripais, diferentes da gripe da influenza, eram as doenças mais freqüentes em qualquer  
741 prática médica. Em relação ciclo do vírus da influenza, explicou que era primariamente zoonótico de  
742 aves silvestres, principalmente das aquáticas, podendo passar para as aves domésticas. Destacou que,  
743 até a emergência da atual epizootia da gripe aviária, pensava-se que deveria haver um hospedeiro  
744 intermediário entre o ser humano e as aves, sendo em geral o suíno, por ter receptores tanto para os

vírus aviários quanto para os vírus humanos. Segundo, falou sobre o histórico das pandemias no mundo, destacando a "Gripe Espanhola", em 1918, que teve hospedeiro suíno ou aviário de um vírus H1N1 e causou mais de 20 milhões de óbitos no mundo; a "Gripe Asiática" (H2N2), em 1957, que se tratou de infecção mista de um animal com cepa humana H1N1 e cepa aviária H2N2 na Ásia; e em 1968, a "Gripe de Hong Kong" (H3N2), infecção mista de um animal com cepa humana H2N2 e cepa aviária H3 na Ásia; Deslocamento do vírus H2N2, que deixou de circular. Destacou que esses três episódios representaram o *shift* do vírus, ou seja, o aparecimento de uma nova cepa viral para a qual a maioria da população não possuía imunidade. Ressaltou que a cada ano havia uma estação da gripe e o vírus parecia-se com o do ano anterior, o que se denominava o *drift* do vírus, ou seja, pequena mutação do vírus. Explicou que na gripe sazonal de ano a ano as pessoas adquiriam certo grau de imunidade e não costumavam ser graves. Por outro lado, no caso de uma pandemia, em geral, tratava-se de um vírus mutante inteiramente novo. Ressaltou que fazia aproximadamente 40 anos que houvera a última pandemia, que era o maior espaço no século XX entre uma pandemia e outra. Salientou que o aprimoramento da vigilância epidemiológica possibilitou a detecção de maior frequência de novas espécies virais entre aves, dentre elas, o H5N1, que apareceu em 1997 em Hong Kong e que estava causando a atual epizootia. Lembrou que, nesse ano, foram confirmados 18 casos humanos, com seis óbitos e eliminados cerca de 5 milhões de aves. Desse modo, disse que essa cepa viral estava circulando na Ásia havia oito anos e de 2004 para 2005 a área geográfica de ocorrência estava se expandido na própria Ásia, no Vietnã e na Tailândia com muitos casos humanos. Posteriormente, em outros países da Ásia (Coréia, Japão, Indonésia, Mongólia) e chegou a Europa, com surtos aviários, nos últimos dois meses, na Turquia, na Grécia, na Romênia e na parte européia da Rússia. Destacou que até a semana anterior haviam sido confirmados e registrados 121 casos humanos da gripe causada pelo H5N1, com 62 óbitos. Salientou que os contaminados eram pessoas que tiveram contato próximo com as aves (criadores e tratadores das aves). Além disso, destacou que havia apenas dois relatos, não ainda bem esclarecidos, de transmissão inter-humana, o que significava que o vírus ainda não tinha adaptado-se à espécie humana. Sobre a situação atual, disse que foi estabelecido um nicho ecológico da cepa H5N1 no sudeste asiático, cuja perspectiva de controle era de longo prazo e dispersão através de aves migratórias para outros lugares do mundo. Explicou que a infecção direta de seres humanos pela transposição da barreira das espécies era um evento raro, bem como a transmissão inter-humana desta cepa, atualmente limitada no tempo e no espaço. Contudo, destacou que era necessário aprimorar o sistema de alerta e resposta rápida dos países. Segundo, falou sobre as condições biológicas necessárias para a uma nova cepa pandêmica do vírus influenza. Explicou que o grande temor era a mutação adaptativa da atual cepa aviária H5N1, através da contínua infecção em humanos ou o intercâmbio de genes da cepa aviária H5N1 com genes de cepas humanas em indivíduos duplamente infectados. Destacou que, para ocorrer uma pandemia, seriam necessários os seguintes fatores: patogenicidade e virulência da nova cepa; eficiência da transmissão do agente infeccioso; população com pouca ou nenhuma imunidade a esta nova cepa; altas taxas de contato efetivo; nível de desenvolvimento científico e tecnológico da sociedade; e capacidade de resposta rápida das autoridades de saúde pública. Explicou que, no caso de uma pandemia, todos os países seriam afetados, com rápida dispersão internacional, impacto na morbimortalidade, com elevada pressão de demanda sobre a rede de serviços de saúde, gerando distúrbios sociais e repercussões econômicas. Segundo, explicou que a Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo em vista este cenário, estava incentivando os países a elaborar planos para o enfrentamento de uma eventual epidemia. Disse que estes planos trabalhavam com fases conforme o que estava ocorrendo com relação à transmissão da doença. Prosseguindo, falou sobre como o Brasil estava se preparando para o enfrentamento de uma eventual pandemia. Destacou que, considerando a necessidade de ampliar a capacidade de detecção da influenza, desde 2002, estava sendo implantada rede de unidades sentinelas para detecção de vírus respiratórios. Explicou que todos os dias verificava-se qual percentual da demanda atendida na unidade correspondia à síndrome gripal. Em havendo aumento, coletava-se o material para ser examinado em laboratório a fim de verificar se o vírus era da influenza e, em sendo o vírus da influenza, as amostras eram enviadas aos três laboratórios de referência nacional. Contudo, acrescentou que o Brasil ainda dependia do laboratório internacional, dos Estados Unidos, para a caracterização final das amostras. Explicou que as cepas de maior circulação identificadas no país faziam parte da composição da vacina desde 1999, diretamente ou através do seu similar antigênico. Segundo, destacou que os principais fatores em relação à vigilância de influenza de 2000 a 2005. A propósito, destacou o conhecimento sobre a situação epidemiológica da influenza no Brasil, ainda que parcial, com aprimoramento: aumento do número de unidades sentinela (até 2006 - todas Unidades Federativas); maior detecção e investigação de surtos, maior produção e disseminação de informações e descentralização do diagnóstico laboratorial (cultura). Além disso, destacou que estavam em fase de conclusão: protocolo de investigação de surto de síndrome gripal e pesquisa sobre a sazonalidade da circulação dos vírus influenza em região de clima tipicamente tropical e impacto da vacinação na morbidade. Além disso, estava sendo elaborado o Plano de preparação para a próxima pandemia de influenza. Segundo, falou sobre o impacto de uma pandemia de Influenza,

sendo, nos Estados Unidos - 89.000 a 207.000 óbitos, 314.000 a 734.000 hospitalizações e 18 a 42 milhões de consultas ambulatoriais. Nos países industrializados (em um período de dois anos): 57 a 132 milhões de consultas ambulatoriais, 1 a 2,3 milhões de hospitalizações e 280.000 a 650.000 óbitos. Em relação ao Brasil, destacou os resultados parciais e preliminares para o conjunto das capitais brasileiras a partir de três cenários: taxas de ataque de 20%, 25% e 33%; nº de casos esperados na faixa etária mais afetada (15 a 59 anos): 4,5 milhões, 6,5, milhões e 10 milhões de doentes; nº de casos com algum tipo de complicação na mesma faixa etária: 500 mil, 1 milhão e 2,5 milhões; nº total de leitos requeridos no pico da epidemia: mil, 5 mil e 200 mil; e nº de óbitos esperado nesta faixa etária: 5 mil, 20 mil e 80 mil. Explicou que, em 2003, foi instituído Comitê Técnico Brasileiro de Preparação do Plano de Contingência e, em agosto de 2005, foi criado Grupo Técnico de Trabalho, tendo como agenda: 29 de setembro - Elaboração da 1<sup>a</sup> versão do Plano; 30 de setembro - Apresentação do Plano em reunião ampliada do Comitê; 30 de outubro - Elaboração da 2<sup>a</sup> versão do Plano; 1<sup>a</sup> Quinzena de novembro – Apresentação no CNS; e 16 de novembro - Seminário Internacional/RJ para lançamento do Plano. Detalhou a composição do Grupo de Trabalho: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; VE Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis; Programa Nacional de Imunizações; Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública; Núcleo de Comunicação; Assessoria jurídica; Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos; Secretaria de Atenção à Saúde: Redes Básica e Hospitalar; FIOCRUZ/RJ (Instituto de Pesquisa Evandro Chagas); ANVISA (GGPAF e GGTES); Secretaria Nacional de Defesa Civil; e Ministério da Agricultura. Em relação ao Comitê Ampliado, também detalhou a composição: Ministério da Saúde; Secretaria Nacional de Defesa Civil; Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Presidência da República (Casa Civil e Gabinete de Segurança Institucional); CONASS; CONASEMS; CNS; Sociedades Médicas (Infectologia, Pediatria, Virologia e Pneumologia); OPAS/Brasil; SES/SP; e ABRASCO. Feitas essas considerações, passou à apresentação do Plano de Preparação para Pandemia de Influenza. Explicou que os seus objetivos eram reduzir os efeitos da disseminação de uma cepa pandêmica do vírus influenza sobre a morbimortalidade e reduzir as repercussões de uma pandemia de influenza na economia e no funcionamento dos serviços essenciais do país. Disse que o Plano era composto por oito capítulos, sendo: **1:** Epidemiologia da influenza; **2:** Pandemia de influenza e suas fases; **3:** Atual estrutura brasileira (vigilância à saúde, laboratórios públicos, rede de atenção à saúde, etc); **4:** Ações para o período interpandêmico; **5:** Ações para o período de alerta pandêmico; **6:** Ações para o período pandêmico; **7:** Ações para o período pós-pandêmico; e **8:** Legislação Brasileira para uma Pandemia. Além disso, destacou que o Plano fora elaborado, tendo por fundamentos: situação epidemiológica, planos de contingência de outros países (Canadá, Inglaterra, EUA, Austrália), discussão acumulada até o momento no Comitê de Preparação, lista de temas (Check list WHO); e concepção modular. Seguindo, falou sobre os níveis de preparação adotados no Brasil. Explicou que, no caso de transposição de espécies e adaptação do vírus em humanos, a cepa pandêmica chegaria às Américas, no máximo, em três meses. Nesse sentido, destacou que se trabalhava com sete fases, cada uma com recomendações específicas. O primeiro período denominado Interpandêmico, contemplava duas fases: não há detecção de novos subtipos de vírus influenza em humanos no Brasil e no Mundo; e presença de um subtipo viral que já causou infecção em humanos no passado em reservatórios animais não humanos e baixo risco de infecção humana. Destacou que essas duas fases já haviam sido vencidas no País. O período de Alerta Pandêmico, contemplava as fases 3 - detecta-se um ou vários casos de infecção humana com um novo subtipo viral em algum país estrangeiro de outro Continente e a fase 4 - detecta-se conglomerados de transmissão inter-humana com poucos casos em algum país estrangeiro de outro Continente; Fase 5 - detecta-se conglomerados de transmissão inter-humana com maior número de casos em algum país de outro continente e/ou detecção da cepa pandêmica em algum país das Américas (exceto Brasil); e Fase 6 - detecção da cepa pandêmica no Brasil. Explicou que, atualmente, vivenciava-se a fase 4. O período Pandêmico englobaria a fase 7, que seria epidemia no Brasil devido a disseminação da cepa pandêmica; e o período Pós-Pandêmico, a fase 8: cepa pandêmica do vírus influenza deixa de circular; morbidade e mortalidade retornam aos níveis endêmicos. Disse que o Plano apresentava ações a serem tomadas em cada uma das fases. Seguindo, apresentou as atividades estratégicas em andamento, sendo: **1)** Expansão e aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica da influenza (avaliação, supervisão, assessoria técnica e protocolo para investigação de surtos); **2)** Modelagem matemática para desenhar cenários de disseminação no Brasil de uma pandemia de influenza (resultados parciais em novembro/05 e finais em dezembro/05); **3)** Investimentos para a produção nacional de vacinas contra a influenza (inclui a vacina contra a cepa pandêmica); **4)** Expansão da capacidade técnica para diagnóstico laboratorial dos vírus influenza (testes para detecção rápida e descentralização da cultura para alguns laboratórios regionais); **5)** Revisão da legislação específica para melhor embasar as ações de vigilância, prevenção e controle da influenza em uma situação emergencial; **6)** Inquérito viral para detecção de vírus influenza em aves migratórias; **7)** Revisão e atualização da Política Nacional de Defesa Civil; **8)** Criação de um fundo privado de indenização para a avicultura brasileira (Plano Contingência MAPA); **9)** Aquisição de estoque estratégico de antivirais (negociação com os laboratórios detentores da patente do

869 Tamiflour – estoques esgotados e matéria-prima limitada); e **10)** Elaboração de material para  
870 capacitação de técnicos da rede de vigilância epidemiológica e da assistência. Também destacou pontos  
871 críticos a serem trabalhados: disponibilidade de antivirais para uso nas situações indicadas;  
872 disponibilidade de vacinas contra a cepa pandêmica; reorganização da assistência médica; informação,  
873 comunicação e mobilização comunitária; mecanismos de gestão e de gerenciamento do Plano; e apoio  
874 político e suporte financeiro. Por fim, destacou que os próximos passos seriam a conclusão e discussão  
875 da 2<sup>a</sup> versão do Plano (em distintos fóruns do Governo Brasileiro), realização do Seminário Internacional  
876 de Vigilância e Preparação de Pandemia, de 16 a 18 de novembro de 2005 (Rio de Janeiro), participação  
877 na Conferência Hemisférica de Vigilância e Prevenção da Influenza Aviária (Centro Pan-Americano de  
878 Febre Aftosa/OPAS/OMS e MAPA/Brasil), ampliação do Comitê; Planos específicos - Plano Global do  
879 Brasil; e desdobramento no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde e Secretaria de Municipais de  
880 Saúde. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheira  
881 **Maria Leda de R. Dantas** agradeceu o expositor pela apresentação e perguntou se havia estratégica de  
882 ação com os Ministérios da Educação, do Transporte e da Defesa. Conselheira **Marisa Fúria Silva**  
883 perguntou qual era o tempo de sobrevida do vírus no ar e se as aves mortas também transmitiam o  
884 vírus. Além disso, salientou a necessidade de toda a população ser vacinada contra o vírus e não  
885 somente os idosos. Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo** cumprimentou o Ministério da Saúde pelo  
886 Plano, contudo, salientou a necessidade de o Ministério do Desenvolvimento Agrário, bem como a  
887 representação das entidades produtoras, participar das próximas atividades previstas, inclusive do  
888 Seminário, a ser realizado no Rio de Janeiro. Em resposta, o Dr. **Expedito Luna**, do Departamento de  
889 Vigilância Epidemiológica/SVS/MS, disse que o Ministério da Defesa vinha participando dessa discussão  
890 ativamente. Em relação ao MEC, informou que já havia sido contatado, mas ainda não tinha dado  
891 retorno. Comprometeu-se a envolver o Ministério do Desenvolvimento Agrário nesse debate, pois o  
892 “pequeno” produtor era mais vulnerável ao vírus. Em relação ao vírus, explicou que o tempo de  
893 sobrevida era inferior a 24 horas e as aves mortas também poderiam transmiti-lo. Sobre a vacina, explica-  
894 que a autonomia do país em termos de produção possibilitaria ampliar a vacinação para outras  
895 faixas etárias. Explicou que a fábrica no Brasil, ao ser instalada, teria a capacidade inicial de produzir 20  
896 milhões de doses de vacina trivalente. Contudo, a produção não seria suficiente para toda a população  
897 e, no caso de o H5N1 ser o vírus causador da pandemia, o qual crescia e mal na cultura, o rendimento  
898 seria menor. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** perguntou se a vacina para as Regiões Sul e  
899 Nordeste era distinta e se vacina atualmente utilizada protegeria da gripe pandêmica. Conselheira  
900 **Graciara Matos de Azevedo** perguntou sobre os recursos para financiar essas ações e se estavam  
901 previstas iniciativas intergovernamentais. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** indagou se havia  
902 uma vacina para os frangos e se foi feito mapeamento dos abatedouros de aves do Brasil e do número  
903 de funcionários, que, na lógica de estoque reduzido de vacina, seria a população-alvo a ser vacinada  
904 primeiramente. O Dr. **Expedito Luna** respondeu, de início, que atualmente a vacina para as Regiões Sul  
905 e Nordeste era a mesma, contudo, no caso de uma pandemia, seriam produzidas vacinas distintas. Além  
906 disso, destacou que a vacina atualmente utilizada provavelmente não protegeria da gripe aviária, pois a  
907 pandemia era causada por um vírus novo. Sobre o financiamento, disse que o Presidente da República  
908 reuniu-se com um grupo de Ministros e, desse encontro, surgiu um Grupo Executivo para trabalhar a  
909 questão do financiamento emergencial para as ações de controle da pandemia. Disse que o Comitê  
910 elaborou proposta de orçamento que seria discutida na reunião do Grupo Executivo, a realizar-se no dia  
911 seguinte. Também informou que, conforme informações divulgadas na imprensa, estava sendo  
912 desenvolvida vacina para os frangos, na Europa. Contudo, disse que um frango, na indústria avícola,  
913 durava cerca de 45 dias e, por essa razão, o uso de vacina era muito complicado. Assim, a grande  
914 indústria não trabalhava com essa possibilidade. Destacou que eram criados 3 bilhões de frangos por  
915 ano no Brasil e vacinação para esse montante era algo inimaginável. Além disso, ressaltou que o  
916 Ministério da Saúde vinha tomando o cuidado de não interferir nas ações do Ministério da Agricultura.  
917 Explicou que fora definida ação para vacinar os trabalhadores da avicultura, em 2005, por serem os mais  
918 expostos à gripe aviária, contudo, o Ministério da Saúde fora obrigado a recuar por uma série de fatores.  
919 Assim, essas vacinas foram utilizadas na vacinação dos profissionais de saúde. Conselheiro **Eni Carajá**  
920 **Filho** disse que a apresentação seria colocada à disposição dos conselheiros, sendo necessária  
921 mobilização para garantir a implementação das ações de prevenção. Conselheira **Graciara Matos de**  
922 **Azevedo** agradeceu o Dr. **Expedito Luna** pela exposição e deixou registrado convite para que  
923 retornasse posteriormente ao CNS, a fim de aprofundar o debate sobre o tema. Concluído esse ponto,  
924 houve um intervalo para o lanche. Retomando, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**  
925 **Cruz**, informou que concedera entrevista à imprensa sobre a resolução do CNS acerca do uso da  
926 talidomida e o Presidente da ANVISA, **Dirceu Raposo**, entrara em contato, colocando-se à disposição  
927 para discutir o tema no CNS. Na seqüência, passou ao item 4 da pauta. **ITEM 4 – INFORMES DAS**  
928 **CONFERÊNCIAS TEMÁTICAS – 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador** – A Secretária-  
929 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que a Comissão Organizadora indicou nomes  
930 de expositores para os painéis da Conferência, a partir da discussão no Plenário do CNS e os

apresentou a CCG, para apreciação. Explicou que a CCG manifestou-se apenas sobre o Painel 3-A, definindo a CNBB para participar desse painel. Disse que seria necessário definir os coordenadores das Plenárias Temáticas e da Plenária Final e indicar representante do CNS para participar da mesa-redonda *Olhar sobre o controle social – Visões sobre controle social*. **A propósito dessa questão, o Plenário decidiu: 1) designar conselheiros para levantar os nomes para as coordenações das Plenárias Temáticas e da Plenária Final, sendo: a) segmento dos usuários: Conselheiros João Donizeti Scaboli e Luiz Gonzaga de Araújo; b) segmento dos trabalhadores - Conselheiro Francisco Batista Júnior; e c) segmento dos gestores e prestadores de serviços - Conselheiro Antônio Alves de Souza e o Relator-Geral da Conferência, José Luiz Rianini Costa; e 2) mesa-redonda Olhar sobre o controle social – Visões sobre controle social** – o segmento dos trabalhadores indicará nome para participar dessa mesa. Definido esse ponto, foi iniciada a apresentação sobre a 3<sup>a</sup> Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. A Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, Maria Helena Machado, apresentou informe geral sobre a 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES). Em relação às Conferências Estaduais, comunicou que a maioria dos Estados já havia confirmado o calendário e aguardava-se a confirmação de sete, dentre eles, Alagoas, Mato Grosso, Roraima, Goiás, Paraíba e Acre. Além disso, destacou que fora acordado que as Conferências Estaduais seriam acompanhadas por um membro da Comissão Organizadora para dar o suporte necessário. Também disse que já havia sido enviado a todos os Conselhos Estaduais de Saúde o kit da Conferência, contendo o caderno com os documentos preparatórios, os cartazes e os folders e que seria disponibilizada sala para servir de apoio para as comissões da Conferência. Destacou, ainda, que o Canal Saúde estava preparando vídeo com depoimentos de gestores sobre a Conferência, que seria disponibilizado na internet. Por fim, reforçou o pedido para que CONASS e CONASEMS promovessem trabalho de mobilização para garantir a realização das Conferências Estaduais e Municipais. Na seqüência, Conselheira Graciara Matos de Azevedo, da Comissão Organizadora, falou sobre o local para a realização da Conferência. Disse que, após pesquisa, a Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde (ASCOM/MS), verificou que, na data de 15 a 18 de março de 2006, estavam disponíveis apenas o Marina Hall e o Park Fair, na Academia de Tênis, todavia, para realizar a Conferência nesses dois locais, seria preciso montar toda a infra-estrutura necessária (um auditório para 1.600 pessoas, 3 auditórios para 400 pessoas, 14 salas de apoio e foyer para estandes). No caso do Marina Hall, o custo do local e da montagem dos espaços custaria cerca de R\$ 300 mil e seria necessário contratar aparte todo o serviço de alimentação, de som e de equipamento. Já na Academia de Tênis, o local e a montagem dos espaços custaria mais de R\$ 200 mil. Diante disso, apresentou a possibilidade de realizar a Conferência no Hotel Blue Tree Park, que teria todo o espaço físico pronto ao custo de R\$ 60 mil. Contudo, explicou que para realizar a Conferência no Hotel seria necessário adiar a data para 27 a 30 de março de 2006. Apresentado o informe, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro Clóvis A. Boufleur destacou que essa nova data - 27 a 30 de março de 2006 – coincidia com a da Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) marcada para 28 a 31 de março de 2006. Conselheira Graciara Matos de Azevedo explicou que a Comissão Organizadora foi informada que a Conferência de Saúde Indígena seria realizada de 24 a 27 de março de 2006. Todavia, destacou que o público da 3<sup>a</sup> CNGTES seria distinto daquele que participaria da 4<sup>a</sup> CNSI. Conselheiro Carlos Alberto Duarte ressaltou que seria necessário pensar na mudança de data da Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, haja vista a impossibilidade de realizá-la na data de 15 a 18 de março de 2006. Conselheiro Clóvis A. Boufleur informou que seria proposta mudança de local da Conferência Nacional de Saúde Indígena, dada a dificuldade de encontrar espaço disponível em Brasília na data de 28 a 31 de março de 2006. Nesse sentido, ponderou sobre a possibilidade de realizar a Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em outro Estado, mantendo-se a data de 15 a 18 de março de 2006. A Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, Maria Helena Machado, explicou que a Comissão Organizadora trabalhou a partir dos seguintes pressupostos: adiar a Conferência para a data mais próxima possível da anteriormente definida e realizá-la em Brasília. A representante da ASCOM/MS, Marilene Rocha, informou que, por conta do processo licitatório, pesquisou quatro locais, o primeiro deles foi o Centro de Convenções Ulisses Guimarães, que possuiu vaga somente em junho de 2006. A partir daí, considerando o espaço necessário para a realização da Conferência, chegou-se aos seguintes locais: Marina Hall, Park Fair/Academia de Tênis e Hotel Blue Tree Park. Explicou que o Blue Tree Park era o que teria o menor custo em termos de espaço físico, R\$ 180 mil, em relação ao Marina Hall e ao Park Fair que custariam, respectivamente, R\$ 460 mil e R\$ 490 mil. Todavia, disse que, no mês de março de 2006, a única data disponível no Hotel era 27 a 30 de março de 2006. Apesar disso, disse que poderia consultá-lo sobre outras possibilidades de data. **A propósito, o Plenário recomendou à representante da ASCOM/MS que verificasse as datas disponíveis no mês de abril de 2006, no Hotel Blue Tree Park.** Segundo, a relatora-geral da 4<sup>a</sup> CNGTES, Maria Natividade G. S. T. Santana, informou que a comissão de relatoria, que se reunira no dia anterior, revisou o Regulamento, promovendo alterações na sua forma e no mérito do anexo III, da página 22, que dispõe sobre a programação da Conferência. Feito

993 esse esclarecimento, passou à apresentação das propostas de alteração da página 61 a 67. Conselheiro  
994 **Clóvis A. Boufleur** solicitou aparte durante a exposição para destacar o artigo 14, explicando que o  
995 Plenário aprovara, no caso da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que o Documento-  
996 Referência, a ser lido durante as Plenárias Temáticas, seria o consolidado das propostas aprovadas nas  
997 Conferências Estaduais e não o Documento-Base, acrescido do consolidado dessas propostas. Nessa  
998 linha, sugeriu que o mesmo fosse aprovado para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e  
999 Educação na Saúde. A relatora-geral da 3ª CNGTES, **Maria Natividade G. S. T. Santana**, explicou que,  
1000 conforme o Regimento Interno do CNS, o documento a ser lido durante as Plenárias Temáticas seria o  
1001 Documento-Base, acrescido do consolidado das propostas aprovadas nas Conferências Estaduais. Além  
1002 disso, destacou que a finalidade e natureza da 3ª CNGTES eram distintas da 3ª CNST. Conselheiro **Eni**  
1003 **Carajá Filho** disse que, no caso da 3ª CNGTES, cabia o proposto no Regulamento, uma vez que o  
1004 Documento-Base era a referência para a Conferência Nacional, as Conferências Estaduais e as  
1005 Conferências Municipais. A relatora-geral da 3ª CNGTES, **Maria Natividade G. S. T. Santana**, defendeu  
1006 a manutenção da natureza e da finalidade da Conferência que teria como objetivo propor as diretrizes  
1007 nacionais para a implementação da política de gestão do trabalho e da educação na saúde tendo como  
1008 referência a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), ampliando a  
1009 participação e a co-responsabilidade dos diversos segmentos do SUS na execução dessa política,  
1010 qualificando o debate e fortalecendo o compromisso nacional nesse campo. Conselheiro **Luiz Gonzaga**  
1011 **de Araújo** sugeriu que fosse concluída a apresentação das alterações e, em seguida fosse aberta a  
1012 palavra para exposição dos destaques. Segundo esse encaminhamento, a relatora-geral da 3ª  
1013 CNGTES, **Maria Natividade G. S. T. Santana**, concluiu a apresentação das alterações e, na seqüência,  
1014 foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro**  
1015 sugeriu que no artigo 3º do Regulamento não fosse utilizado “tendo como referência a NOB/RH-SUS”,  
1016 pois haviam sido aprovados os princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS e não a  
1017 NOB/RH-SUS. A relatora-geral da 3ª CNGTES, **Maria Natividade G. S. T. Santana**, disse que apesar  
1018 de reconhecer que não havia uma NOB/RH-SUS, o Plenário decidiu utilizar essa terminologia, por ser a  
1019 que a base conhecia. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** destacou o artigo 32 para propor a  
1020 supressão do trecho “*ad referendum*, quando a Plenária não estiver reunida”. **A sugestão foi acatada.** O  
1021 Plenário decidiu interromper a apresentação dos destaques para que a representante da ASCOM/MS,  
1022 **Marilene Rocha**, apresentasse o resultado da consulta. A assessora da ASCOM/MS explicou que o Blue  
1023 Tree Park, além de 27 a 30 de março de 2006, tinha como datas disponíveis: 1º a 7 de março de 2006; e  
1024 29 de abril a 4 de maio de 2006. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, destacou  
1025 que a indicação do Plenário era que as Conferências Temáticas fossem realizadas concomitantemente  
1026 e, a propósito, sugeriu que fosse verificada essa possibilidade. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**  
1027 defendeu que as Conferências de Saúde Indígena e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
1028 ocorressem no mesmo período, por entender que não haveria prejuízo, pois o público das duas era  
1029 distinto. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que a Conferência de 3ª Conferência  
1030 Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde fosse realizada na data anteriormente  
1031 proposta, de 15 a 18 de março de 2005, ainda que fosse realizada fora de Brasília, em São Paulo, por  
1032 exemplo, para garantir o maior número possível de delegados nos dois eventos e a qualidade dos  
1033 debates. A relatora-geral da 3ª CNGTES, **Maria Natividade G. S. T. Santana**, avaliou que o adiamento  
1034 da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde por mais uma semana e a sua  
1035 realização no mesmo período da Conferência Nacional de Saúde Indígena não traria prejuízos às duas  
1036 Conferências. Por outro lado, avaliou que realizar a Conferência em outro Estado seria um equívoco  
1037 político da maior gravidade. Conselheira **Maria Thereza M. C. Rezende** perguntou se a Comissão  
1038 Organizadora tinha conhecimento da resistência dos Estados da Região Sudeste, em especial São  
1039 Paulo e Rio de Janeiro, em realizar a Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na  
1040 Saúde e participar da etapa nacional, por conta da escassez de recurso. Conselheiro **Eni Carajá Filho**  
1041 explicou que o Estado de São Paulo consultou a Comissão Organizadora sobre a possibilidade de a  
1042 Conferência Estadual ser realizada até 28 de fevereiro de 2006, mas a Comissão ainda não respondera  
1043 ao pleito. Apesar disso, disse que outros Estados já haviam marcado suas conferências para fevereiro  
1044 de 2006. Nesse sentido, sugeriu que o Plenário adiasse a 3ª CNGTES para 27 a 30 de março de 2006.  
1045 O Secretário-Geral da 3ª CNGTES, **Henrique Antunes**, solicitou que o Plenário considerasse a proposta  
1046 de realizar a Conferência de 27 a 30 de março de 2006, no Blue Tree Park. Conselheiro **Francisco das**  
1047 **Chagas Monteiro** defendeu a data de 15 a 18 de março de 2006, por entender que era preciso garantir  
1048 a máxima participação dos conselheiros na 3ª CNGTES e na 4ª CNSI. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**  
1049 também sugeriu que a 3ª CNGTES fosse realizada em outro Estado, de 15 a 18 de março de 2006.  
1050 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** ponderou sobre a possibilidade de mudança da data da 4ª  
1051 Conferência Nacional de Saúde Indígena. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,  
1052 informou que os trabalhadores que desejasse candidatar-se deveriam descompatibilizar-se a partir de  
1053 1º de abril de 2006, assim, estariam impedidos de participar da Conferência, caso essa fosse realizada  
1054 de 29 de abril a 4 de maio de 2006. Nessa linha, ponderou sobre a possibilidade de realizar a

1055 Conferência em março de 2006. A Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na  
1056 Saúde/MS, **Maria Helena Machado**, disse que, enquanto gestora, não concordava com o fato de os  
1057 gestores candidatos estarem impossibilitados de participar da Conferência. Conselheiro **Francisco das**  
1058 **Chagas Monteiro** destacou que os trabalhadores também seriam prejudicados, pois precisariam  
1059 descompatibilizar-se e não poderiam participar da Conferência, na condição de trabalhadores da saúde.  
1060 Em não havendo consenso sobre o local e data da 3<sup>a</sup> CNGTES, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane**  
1061 **Aparecida da Cruz**, sugeriu que fosse designado grupo para apresentar alternativas de datas e locais, a  
1062 fim de que o Plenário se manifestasse no segundo dia de reunião. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**  
1063 propôs que fossem apresentadas propostas de data e local para as Conferências, considerando-se que  
1064 não deveriam ser realizadas concomitantemente. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** endossou  
1065 as propostas da Secretária-Executiva do CNS e do Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**. Nesse sentido,  
1066 propôs que o Plenário suspendesse o debate sobre a data e local da 3<sup>a</sup> CNGTES e fosse apresentado  
1067 informe sobre a 4<sup>a</sup> CNSI, para orientar a definição de propostas concernentes a data e local, a serem  
1068 apreciadas no dia seguinte. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou o seguinte  
1069 encaminhamento: verificar a possibilidade de mudar a data de realização da 4<sup>a</sup> Conferência de Saúde  
1070 Indígena (uma semana antes ou depois do período de 27 a 30 de março de 2006) e, caso não seja  
1071 possível, realizar as duas Conferências (3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação  
1072 na Saúde e 4<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Indígena) no período de 27 a 30 de março de 2006.  
1073 Conselheira **Júlia Maria Roland** solicitou que a mesa colocasse em apreciação o encaminhamento  
1074 apresentado pelo Conselheiro **Francisco Batista Júnior**. Com a anuência do Plenário, a Conselheira  
1075 **Graciara Matos de Azevedo** colocou em votação a proposta: **verificar a possibilidade de mudança de**  
1076 **data de realização da 4<sup>a</sup> Conferência de Saúde Indígena (uma semana antes ou depois do período**  
1077 **de 27 a 30 de março de 2006) e, caso não seja possível, realizar as duas Conferências (3<sup>a</sup>**  
1078 **Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e 4<sup>a</sup> Conferência Nacional**  
1079 **de Saúde Indígena) no mesmo período (27 a 30 de março de 2006)**. A proposta foi aprovada com  
1080 **15 votos a favor e 6 abstenções**. A assessora da ASCOM/MS consultaria o local previsto para a  
1081 realização da 4<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Indígena (Pousada do Rio Quente, em Caldas Novas) e  
1082 informaria o Plenário no dia seguinte. Na seqüência, foi aberta a palavra ao Secretário-Geral da 3<sup>a</sup>  
1083 CNGTES, **Henrique Antunes**, para apresentação de propostas de alteração do temário da Conferência.  
1084 De início, destacou a proposta de retirar os eixos 1 e 2, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde,  
1085 respectivamente, dentre os eixos temáticos da Conferência, visto que se tratavam dos grandes temas da  
1086 Conferência que iriam nortear os debates. Além disso, explicou que a Comissão Organizadora avaliou  
1087 que os quatro eixos temáticos da Conferência (Participação do trabalhador na gestão e negociação do  
1088 trabalho e na gestão da educação na saúde; Financiamento do trabalho e da educação na saúde pela  
1089 União, pelos Estados e pelos Municípios; Controle Social na gestão do trabalho e da educação na  
1090 saúde; e Produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e  
1091 de participação), que seriam discutidos na forma de painéis temáticos, conforme anexo III, da  
1092 Programação da Conferência, não garantiriam o debate de temas importantes indicados no Documento-  
1093 Base como o Plano de Cargos, Carreiras e Salários e o Programa Nacional de Desprecarização de  
1094 Trabalho. Diante disso, destacou que a Comissão propôs a mudança dos nomes dos painéis temáticos,  
1095 com manutenção dos conteúdos e garantia de que sejam debatidos, conforme proposto, sendo: Painel  
1096 Temático 1: Gestão Democrática e Participativa na Educação em Saúde: agenda estratégica e  
1097 financiamento; Painel Temático 2: Gestão Democrática e Participativa do Trabalho em Saúde: agenda  
1098 estratégica e financiamento; Painel Temático 3: Negociação na Gestão do Trabalho e da Educação na  
1099 Saúde: valorização, humanização e saúde do trabalhador; e Painel Temático 4: Controle Social na  
1100 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** sugeriu que a mesa  
1101 consultasse o Plenário se seria possível manifestar-se sobre a proposta naquele momento e, havendo  
1102 consenso, a mesma fosse colocada em votação. **Após verificar que o Plenário estava esclarecido**  
1103 **para manifestar-se sobre a proposta, Conselheira Graciara Matos de Azevedo colocou em**  
1104 **votação a reorientação dos painéis temáticos da Conferência, conforme apresentado pelo**  
1105 **Secretário-Geral da 3<sup>a</sup> CNGTES**. A proposta foi aprovada com uma abstenção. A apresentação  
1106 sobre a 4<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Indígena seria feita no segundo dia de reunião. Definido esse  
1107 ponto, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os trabalhos do primeiro dia  
1108 de reunião, estando presentes os seguintes Conselheiros: **Titulares - Antônio Alves de Souza,**  
1109 **Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior,**  
1110 **Francisco das Chagas Dias Monteiro, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, João**  
1111 **José Cândido da Silva, Luiz Augusto A. Martins, Maria Eugênia C. Cury, Maria Leda de R. Dantas,**  
1112 **Nildes de Oliveira Andrade, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves**  
1113 **Belchior, Urquiza H. Meira Paulino, Zilda Arns Neumann e Willian Saad Hossne. Suplentes - Clóvis**  
1114 **A. Boufleur, Júlia Maria S. Roland, Luiz Gonzaga de Araújo, Marcelo de Ávila Rosa, Maria Irene**  
1115 **Monteiro Magalhães, Maria Thereza M. C. Rezende, Marisa Fúria Silva, Odair Furtado, Ruth Ribeiro**  
1116 **Bittencourt e Wilson Valério Lopes**. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,

1117 iniciou os trabalhos do segundo dia de reunião, informando os Conselheiros sobre as comemorações do  
1118 Dia da Consciência Negra, 20 de novembro. A propósito, disse que a Ministra da Secretaria de  
1119 Promoção da Igualdade Racial, **Matilde Ribeiro**, havia sido convidada a participar da reunião para  
1120 informar sobre as atividades previstas para o mês de novembro de 2005 e a CCG sugeriu que a reunião  
1121 fosse dedicada à questão da consciência negra. Antes de passar ao primeiro item da ordem do dia, fez a  
1122 leitura das propostas de resolução e recomendação sobre o uso da talidomida, elaboradas pelo  
1123 Conselheiro **Artur Custódio de Souza**. Na resolução, o CNS resolve solicitar a interrupção imediata do  
1124 processo de Consulta Pública nº 63 da ANVISA referente à nova Portaria sobre o uso da talidomida e o  
1125 reinício do processo, com a constituição de um novo grupo de trabalho, com a participação de  
1126 representação das entidades dos trabalhadores da saúde, do MORHAN, da ABPST e dos setores e  
1127 programas do Ministério da Saúde que tratam sobre a substância. Em relação à recomendação, o CNS  
1128 recomenda ao Conselho Nacional da Previdência Social a discussão sobre a questão do benefício  
1129 especial para as pessoas com Síndrome da Talidomida, convidando a Associação Brasileira dos  
1130 Portadores de Síndrome da Talidomida. **Não houve considerações às propostas.** Definido esse ponto,  
1131 foi iniciada a discussão do primeiro item da pauta do segundo dia de reunião. **ITEM 8 – PROGRAMA DE**  
1132 **COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL** – Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** assumiu a  
1133 coordenação dos trabalhos, convidando para compor a mesa o Coordenador-Geral de Apoio à Gestão  
1134 Participativa e Educação Popular/MS, **José Ivo Pedrosa** e a publicitária da Secretaria de Gestão  
1135 Estratégica e Participativa/MS, **Ana Silva**, e definiu a dinâmica para apreciação do Programa de  
1136 Combate ao Racismo Institucional e da peça publicitária da Campanha contra o Racismo Institucional.  
1137 Iniciando, o Coordenador-Geral de Apoio à Gestão Participativa e Educação Popular/MS, **José Ivo**  
1138 **Pedrosa**, explicou que o Programa de Combate ao Racismo Institucional estava vinculado à política  
1139 mais ampla do Governo Brasileiro voltada à integração racial e à garantia da equidade. Informou que,  
1140 seguindo a deliberação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi instituído o Comitê Técnico de Saúde  
1141 da População Negra (CTSPN), que no momento encontrava-se no âmbito do Departamento de Gestão  
1142 Participativa/SGEP. Antes de iniciar a apresentação do Programa, explicitou os eixos temáticos  
1143 priorizados pelo CTSPN e as principais ações em curso. Na área de atenção à saúde, destacou que  
1144 haviam sido pactuadas as seguintes ações: redução da morbidade e da mortalidade precoce da  
1145 população negra; ampliação do acesso da população negra ao sus, com ênfase nas populações  
1146 quilombolas; desenvolvimento de ações de promoção da saúde; e garantia de implantação e  
1147 implementação do Programa Nacional de Anemia Falciforme (PAF), priorizando os estados com maior  
1148 contingente populacional negro (Implantação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com  
1149 Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias - Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005 – GT  
1150 constituído para regulamentação e detalhamento). No que se refere ao ensino e à educação  
1151 permanente, destacou a pactuação de mecanismos e estratégias para inserção do tema saúde da  
1152 população negra no processo de formação profissional e a formação e capacitação na perspectiva da  
1153 equidade étnico-racial e de gênero para todos os trabalhadores da saúde. A propósito da produção de  
1154 conhecimento científico, citou o fomento para a criação de núcleos ou grupos de pesquisa sobre saúde  
1155 da população negra nas instituições públicas de ensino; a realização de pesquisa(s) sobre a presença da  
1156 população negra na força de trabalho no setor saúde; o desenvolvimento de pesquisas junto às  
1157 populações tradicionais, especialmente comunidades quilombolas e comunidades religiosas de tradição  
1158 afro-brasileira, a prioridade para pesquisas voltadas à saúde da população negra; a utilização de raça  
1159 cor como categoria analítica das pesquisas; e o estímulo à pesquisa de medicamentos mais efetivos no  
1160 tratamento das doenças prevalentes na população negra, incluindo fitoterápicos. No que diz respeito à  
1161 informação e comunicação em saúde, destacou que foram definidas como ações: implementação do  
1162 quesito cor; informação em saúde utilizada na tomada de decisão; e comunicação em saúde. A respeito  
1163 da participação e controle social, disse que fora definida como ação efetivar o controle social nas ações  
1164 de atenção à saúde da população negra. Na seqüência, apresentou o Programa de Combate ao  
1165 Racismo Institucional (PCRI-SAÚDE), que tem como objetivo apoiar, de forma integrada, o setor público  
1166 no combate e prevenção ao racismo institucional e a sociedade civil na avaliação e monitoramento do  
1167 Programa. Disse que o Programa era resultado de um pacto entre os parceiros: Ministério Britânico para  
1168 o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID), Ministério da Saúde (MS), Secretaria  
1169 Especial de Políticas para a Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), Ministério Público Federal (MPF),  
1170 Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
1171 (PNUD). Segundo, explicou que o PCRI-SAÚDE teria dois componentes, o primeiro voltado para as  
1172 ações em saúde, tendo como finalidade contribuir na redução das iniquidades raciais em saúde,  
1173 colaborando na formulação, avaliação e monitoramento de políticas equitativas no SUS. O segundo  
1174 componente referia-se à ação na gestão municipal, que abrange as áreas de educação, trabalho, cultura,  
1175 acesso à justiça e auditoria de contas públicas. No momento, estava sendo desenvolvido projeto piloto  
1176 na Bahia e Pernambuco. Destacou que a apresentação seria centrada no primeiro componente, que  
1177 trata das ações em saúde. Segundo, apresentou as ações do Comitê em desenvolvimento, sendo:  
1178 desenvolvimento de referenciais teóricos para a promoção da saúde da população negra, formação de

1179 redes de comunicação, elaboração textos de referência, produção de vídeos e lançamento de  
1180 livros/publicações sobre a saúde da população negra. Seguindo, passou a palavra à publicitária, **Ana**  
1181 **Silva**, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS, para apresentação da Campanha Contra  
1182 o Racismo Institucional, que consiste em uma das ações do Programa. A publicitária iniciou explicando  
1183 que a Campanha seria lançada no Dia da Consciência Negra, 20 de novembro, tendo por objetivos  
1184 sensibilizar os trabalhadores, prestadores de serviços e gestores da área de saúde sobre o racismo  
1185 institucional dentro do SUS e promover a equidade étnica no SUS, visando a redução de indicadores que  
1186 mostram contrastes no atendimento à saúde de negros e brancos e a equidade em todas as instâncias  
1187 do Sistema. Acrescentou que a Campanha era voltada a todos profissionais de saúde vinculados ao  
1188 SUS que atuam na rede de hospitais, unidades básicas de saúde, Secretarias de Saúde, Sede do  
1189 Ministério da Saúde, Núcleos estaduais do MS, Conselhos de saúde, ANVISA, ANS, FUNASA,  
1190 FIOCRUZ e “Disque Saúde”. Feitas essas considerações, passou a apresentar o *layout* e a peça  
1191 publicitária da Campanha contra o Racismo Institucional, bem como o folder e cartaz, explicando o que é  
1192 racismo institucional. Também apresentou material, a exemplo do foi feito na Campanha da AIDS,  
1193 “Racismo, assim pega, assim não pega”. Por fim, explicou que os textos do material seriam discutidos  
1194 com a SEPPIR e estavam abertos a contribuições. O Coordenador-Geral de Apoio à Gestão Participativa  
1195 e Educação Popular/MS, **José Ivo Pedrosa**, acrescentou que a linguagem da Campanha contra o  
1196 Racismo Institucional tinha que ser objetiva, visto que o Governo Brasileiro havia assinado várias cartas  
1197 reconhecendo a existência de racismo no País. Na seqüência, foi aberta a palavra para considerações  
1198 do Plenário. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** cumprimentou a iniciativa, contudo, manifestou  
1199 preocupação especial com o cartaz, por entender que os braços cruzados do homem da foto passava a  
1200 idéia de “posição de defesa”, o que não era apropriado para uma campanha de combate ao racismo.  
1201 Além disso, propôs que a Campanha também tratasse da dimensão de faixa etária e que contemplasse  
1202 os saberes dos afro-brasileiros, principalmente no que diz respeito à fitoterapia e às práticas nos terreiros  
1203 e outros lugares de culto. Também destacou que o preconceito era uma doença psicológica e como tal  
1204 deveria ser tratada. Por fim, salientou a necessidade de a Campanha ser centrada na gestão e não  
1205 apenas no gestor. Conselheira **Zilda Arns Neumann** cumprimentou o Ministério da Saúde pela iniciativa  
1206 e sugeriu que a Pastoral da Criança, dada a sua abrangência nacional e internacional, fosse integrada  
1207 como um dos parceiros do Programa de Combate ao Racismo Institucional. Conselheira **Solange**  
1208 **Gonçalves Belchior** manifestou preocupação com o *layout* da Campanha, em especial com a  
1209 expressão “Racismo, assim pega, assim não pega” e, por essa razão solicitou maiores considerações  
1210 sobre isso. Além disso, destacou que o cartaz teria que identificar o trabalhador de saúde, que era o  
1211 público-alvo dessa etapa e ter a marca do SUS. Também salientou a necessidade de as pesquisas  
1212 terem corte de gênero e explicitar a relação de poder na saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**  
1213 disse que o Movimento AIDS era contrário à utilização da expressão “Pega ou não pega” em campanhas  
1214 preventivas e sugeriu a substituição por outra mais apropriada. Conselheiro **Eni Carajá Filho** chamou a  
1215 atenção para a necessidade de revisar os relatórios das etapas estaduais da 3ª Conferência Nacional de  
1216 Saúde do Trabalhador, porque apresentavam termos com alusão racista. Conselheiro **Wilson Valério**  
1217 **Lopes** saudou o Ministério da Saúde pela iniciativa, contudo, salientou a necessidade de os textos do  
1218 material publicitário serem discutidos com a Secretaria de Promoção da Igualdade Racial e o Movimento  
1219 Negro, a fim de retificar alguns pontos. Conselheira **Silvia Marques Dantas** também manifestou  
1220 preocupação com os textos do material (expressão “assim pega, assim não pega”; racismo como uma  
1221 questão pessoal “se você teve uma primeira impressão negativa, tente conhecer melhor a pessoa, você  
1222 pode se surpreender”) e solicitou maiores esclarecimentos sobre o Comitê Técnico de Saúde da  
1223 População Negra/MS. Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** reiterou a necessidade de o movimento  
1224 negro contribuir efetivamente na produção dos textos da Campanha. Conselheiro **Willian Saad Hossne**  
1225 destacou que o Programa era do Ministério da Saúde da Saúde, logo, o órgão não deveria constar da  
1226 lista de parceiros, especialmente em segundo lugar, após o Ministério Britânico para o Desenvolvimento  
1227 Internacional e Redução da Pobreza. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** também manifestou  
1228 preocupação com o texto da Campanha, por considerá-lo preconceituoso e, por essa razão, solicitou que  
1229 fosse revisto. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra para considerações da mesa. A  
1230 publicitária da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS, **Ana Silva**, informou que anotara  
1231 todas as sugestões e as encaminharia para a agência responsável pela peça publicitária da Campanha.  
1232 Além disso, destacou que o livreto “Racismo, assim pega, assim não pega”, era uma sugestão e um  
1233 material aparte do cartaz e do folheto. Sobre essa questão, disse que não tinha conhecimento que o  
1234 Movimento AIDS não havia aprovada a idéia. Em relação ao cartaz, explicou que a intenção era  
1235 apresentar o trabalhador da saúde como observador que identificaria, no cartaz, a situação. Disse  
1236 também que a inclusão de uma categoria específica de trabalhador no cartaz poderia gerar problemas  
1237 para aquela determinada classe profissional. Concluiu destacando que o texto, bem como as sugestões  
1238 dos conselheiros, seria discutida com o movimento negro. O Coordenador-Geral de Apoio à Gestão  
1239 Participativa e Educação Popular/MS, **José Ivo Pedrosa**, explicou que essa era a primeira etapa da  
1240 Campanha e o material buscava explicitar o racismo na relação entre o SUS e o usuário e, em segundo

1241 momento, o racismo interno entre os próprios trabalhadores do SUS. Desse modo, disse ser pertinente  
1242 tratar sobre o racismo e a discriminação hierárquica na área da saúde. Reiterou, ainda, que o Programa  
1243 possuía duas vertentes, a primeira voltada ao SUS e a outra chamada PCRI-Município dirigia-se à  
1244 gestão municipal, abarcando áreas da educação, trabalho, cultura, acesso à justiça e auditoria de  
1245 contas públicas. Em relação à lista de parceiros, explicou que o Ministério da Saúde aparecia em  
1246 segundo lugar porque o Programa era decorrente da Conferência de Durban, que teve o Brasil como  
1247 signatário. Dessa Conferência, saíram parceiros internacionais entre os quais o Ministério Britânico para  
1248 o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID), Organização Pan-Americana de Saúde  
1249 (OPAS) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Acrescentou que, nos países  
1250 onde o Programa era desenvolvido, participavam os parceiros, no caso do Brasil, o Ministério da Saúde,  
1251 o Ministério Público Federal e a Secretaria Especial de Políticas para a Promoção da Igualdade Racial.  
1252 Disse que as sugestões dos conselheiros seriam discutidas com a agência responsável pela Campanha  
1253 e com a SEPPIR e a proposta poderia ser reapresentada posteriormente ao Plenário. Destacou, ainda,  
1254 que a Pastoral da Saúde e a Pastoral da Criança eram parceiras fundamentais na disseminação da  
1255 Campanha. Por fim, explicou que o Comitê acompanhava a rede que discutia o conhecimento e as  
1256 práticas tradicionais de saúde desenvolvidas no terreiro. A propósito, falou sobre o trabalho a respeito  
1257 dos terreiros como espaços de acolhimento, de cuidado e de promoção da saúde. Conselheira **Maria**  
1258 **Leda de R. Dantas** sugeriu que a Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), o  
1259 Conselho Nacional de Igrejas Cristãs (CONIC) e a Universidade Metodista de Piracicaba fossem  
1260 convidados a participar da Campanha como parceiros. Conselheira **Margarida Maria Santana da Silva**  
1261 sugeriu que o combate ao racismo institucional não fosse trabalhado como campanha, que era pontual,  
1262 mas sim, como movimento. Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** destacou que era preciso definir com  
1263 clareza o público-alvo dessa primeira etapa da Campanha. Além disso, sugeriu que os processos de  
1264 capacitação de trabalhadores da saúde incorporassem o combate ao racismo institucional como um dos  
1265 eixos temáticos a serem trabalhados. Após essas considerações, Conselheira **Maria Eugênia C. Cury**  
1266 apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: recomendar ao Comitê a incorporação das  
1267 sugestões dos Conselheiros ao material e reapresentação do mesmo ao Plenário do CNS antes do  
1268 lançamento da Campanha. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** sugeriu que fosse constituído grupo  
1269 paritário para participar do debate a respeito das contribuições do CNS. Conselheira **Maria Eugênia C.**  
1270 **Cury** perguntou se o Plenário concordava com os encaminhamentos. **O Plenário endossou a proposta**  
1271 **de constituir grupo paritário para acompanhar o processo de debate do material e do layout da**  
1272 **Campanha, considerando as contribuições dos conselheiros. Os segmentos deveriam indicar**  
1273 **quatro nomes (dois usuários, um trabalhador da saúde e um gestor e prestador de serviço) para**  
1274 **compor o grupo, até o final da reunião.** Definido esse encaminhamento, a Conselheira **Maria Eugênia**  
1275 **C. Cury** agradeceu a presença dos convidados e encerrou a discussão desse item. **ITEM 10 –**  
1276 **COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO/CNS – COFIN/CNS** - Os Conselheiros **Fernando**  
1277 **Luiz Eliotério** e **Júlia Maria Roland**, integrantes da COFIN/CNS, assumiram a coordenação dos  
1278 trabalhos e definiram a dinâmica para apreciação do relatório da última reunião da Comissão, realizada  
1279 no dia 4 de novembro de 2005. Conselheira **Júlia Maria Roland** explicou que seria feita a apresentação  
1280 dos seguintes itens do relatório: levantamento dos Restos a Pagar cancelados referentes ao período  
1281 2000-2004; consolidação dos valores e metodologia de compensação; proposta orçamentária 2006 do  
1282 Ministério da Saúde; e programas prioritários. A execução orçamentária do Ministério da Saúde (outubro  
1283 de 2005) seria feita posteriormente, na análise trimestral da execução. Na seqüência, cumprimentou o  
1284 ex-Ministro da Saúde, **Adib Jatene**, presente à reunião, destacando a sua efetiva contribuição no  
1285 processo de implementação do SUS. Iniciando a apresentação do relatório, falou sobre o levantamento  
1286 dos Restos a Pagar Cancelados referentes ao período 2000-2004: Consolidação dos Valores e  
1287 Metodologia de Compensação. Explicou que esse tema fora inicialmente tratado na 156<sup>a</sup> Reunião da  
1288 COFIN, realizada em julho de 2005, oportunidade em que foi apurado um total de Restos a Pagar  
1289 cancelados (até maio de 2005) no valor de R\$ 878.522.760,00. Considerando que pelos cálculos do  
1290 CNS, com base na Resolução nº 322, não houve cumprimento da EC nº 29, no que se refere à aplicação  
1291 mínima, nos anos de 2001, 2002 e 2003, o cancelamento de Restos a Pagar implicava na necessidade  
1292 de adicionar os valores cancelados nos gastos correntes. Assim sendo, disse que os membros da  
1293 COFIN decidiram encaminhar ofício à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e à Secretaria de  
1294 Planejamento e Orçamento/MS, solicitando tanto os valores atualizados dos cancelamentos ocorridos,  
1295 quanto o posicionamento do Ministério da Saúde sobre a forma de compensação que seria adotada. Em  
1296 relação à proposta orçamentária 2006 do Ministério da Saúde, informou que a COFIN não recebera uma  
1297 das planilhas solicitadas com o detalhamento dos programas apresentados no Projeto de Lei  
1298 Orçamentária de 2006, bem como não recebera as informações sobre os parâmetros utilizados e  
1299 prioridades contempladas no referido projeto. Assim sendo, a análise baseou-se somente na planilha  
1300 elaborada pela SPO/MS com a programação apresentada na forma dos itens utilizados na avaliação  
1301 mensal da execução orçamentária. Nessa perspectiva, o valor mínimo para aplicação em ações e  
1302 serviços públicos de saúde em 2006 era de R\$ 39.812.448.000 e estava abaixo daquele calculado nos

1303 termos da EC nº 29 e da Resolução nº 322 (que era de R\$ 41.019.410.000). Portanto, havia uma  
1304 diferença de R\$ 1.206.964.000 entre o valor mínimo estimado para 2006 e o valor do Projeto de Lei  
1305 Orçamentária 2006. Desse modo, destacou que a COFIN decidiu encaminhar ao Plenário do CNS as  
1306 seguintes propostas: que essa diferença seja acrescentada nas seguintes programações: MAC (Média e  
1307 Alta Complexidade – item 27), pois houve redução de R\$ 1 bilhão comparativamente ao valor preliminar  
1308 apresentado na Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde do final de Agosto de 2005; e  
1309 PAB (Piso Assistencial Básico – item 29), para garantir mais recursos desde que seja alocado segundo o  
1310 princípio da descentralização com equidade, ou seja, em função das necessidades; que seja  
1311 encaminhado ofício à Câmara Federal sobre a necessidade de incorporação de programação de  
1312 despesas na proposta orçamentária do Ministério da Saúde de 2006 no valor de R\$ 1.206.964.000 para  
1313 o cumprimento da EC nº 29. Em relação às farmácias populares, explicou que a COFIN manifestou total  
1314 discordância com a posição do Ministério da Saúde de, embasado no recente Acórdão do TCU,  
1315 computar as despesas com Farmácias Populares no cálculo da aplicação mínima com ações e serviços  
1316 públicos de saúde em 2006. Reiterou a posição da COFIN de que tal medida estava em desacordo com  
1317 a Resolução nº 322 e esperava esclarecer junto ao TCU essa questão em audiência solicitada, mas  
1318 ainda não marcada. Sobre o Bolsa-Alimentação, destacou que a COFIN decidiu encaminhar ofício à  
1319 Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde para formalizar questionamento feito em reuniões  
1320 anteriores, mas ainda pendente de resposta: Quais foram os parâmetros para o acréscimo significativo  
1321 das despesas com Bolsa-Alimentação, tendo em vista o que regulamenta a Resolução nº 322? O  
1322 aumento da despesa com Bolsa-Alimentação está em consonância com o disposto no Inciso III da Sexta  
1323 Diretriz da Resolução nº 322/03, que prevê a inclusão de despesas com “vigilância nutricional, controle  
1324 de deficiências nutricionais, orientação alimentar e a segurança alimentar promovida no âmbito do  
1325 SUS”? Além disso, lembrou que o Plenário do CNS deliberou, na última reunião, que as despesas  
1326 referentes ao item 7 (Bolsa-Alimentação) não deviam ser computadas no cálculo da EC nº 29. Seguindo,  
1327 destacou: **a)** redução de valores em relação a 2005: item 13 (Publicidade de Utilidade Pública), item 22  
1328 (Implantação do Cartão SUS), item 23 (Programa Estruturação Saúde da Família/PROESF) e item 57  
1329 (Controle de Endemias/Erradicação do Aedes); **b)** Valores iguais ou pouco superiores em relação a  
1330 2005: item 12 (Pioneiras Sociais), item 16 (Incentivo para o Controle de Endemias), item 17  
1331 (Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde/VIGISUS), item 27 (Média e Alta  
1332 Complexidade/MAC), item 29 (Piso Assistencial Básico/PAB), item 31 (Programa de Interiorização do  
1333 Trabalho em Saúde/PITS), item 32 (Atenção à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem), item 34  
1334 (Farmácia Básica/PAB), item 35 (Atenção à Saúde Bucal), item 37 (Ações de Vigilância Epidemiológica),  
1335 item 38 (Aquisição e Distribuição de Medicamentos) e item 48 (Vigilância Sanitária de Produtos e  
1336 Serviços); **c)** Acréscimos significativos (acima de 10%) em relação a 2005: item 10 (Hospitais Próprios),  
1337 item 11 (Instituto Nacional do Câncer/INCa), item 18 (Vacinas e Vacinação), item 20 (Qualificação  
1338 Profissional do SUS), item 25 (Programa de Prevenção das DST/AIDS), item 28 (Medicamentos  
1339 Excepcionais), item 30 (Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS/PSF), item 33 (Vigilância  
1340 Sanitária/PAB), item 38 (Aquisição e Distribuição de Medicamentos/DST/AIDS), item 41  
1341 (Reaparelhamento das Unidades do SUS/MS), item 54 (Manutenção das Unidades Indígenas) e item 58  
1342 (Saneamento Básico/Demais Ações). Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** continuou a apresentação  
1343 do relatório falando sobre programas prioritários. Explicou que houve apresentação parcial do SAMU. O  
1344 Serviço integra o item 41 da Planilha de Execução Orçamentária (10.302.1303.0818 - Apoio Estruturação  
1345 de Serviços de Atenção Urgências e Emergências por Violências e Causas Externas), tendo sido  
1346 empenhado apenas R\$ 30.893.349 (ou 13%) e liquidado apenas R\$ 11.886.688 (ou 5%). O  
1347 representante da SPO/MS e a representante da SAS comprometeram-se a verificar esses valores. Disse  
1348 que a COFIN recebeu uma planilha intitulada “SAMU em Pleno Funcionamento com Portaria de  
1349 Habilitação – Ano 2005”, com os dados relativos aos 77 municípios habilitados: um do Acre, um de  
1350 Alagoas, nove da Bahia, dois do Ceará, um do Distrito Federal, dois de Goiás, quatro do Maranhão, dez  
1351 de Minas Gerais, um do Mato Grosso do Sul, um do Mato Grosso, dois do Pará, três da Paraíba, três de  
1352 Pernambuco, um do Piauí, cinco do Paraná, três do Rio de Janeiro, dois do Rio Grande do Norte, um de  
1353 Rondônia, cinco do Rio Grande do Sul, um de Sergipe, dezesseis de São Paulo e três de Tocantins.  
1354 Destacou que a população atendida era de 68.586.346, de 331 municípios. Seguindo, falou sobre a  
1355 necessidade de suplementação orçamentária para o cumprimento da EC nº 29 em 2005. Explicou que,  
1356 considerando que o gasto mínimo com ações e serviços públicos de saúde em 2005 estava estimado,  
1357 nos termos da Resolução nº 322, em R\$ 37,125 bilhões, o valor alocado em “Ações e Serviços de Saúde  
1358 – Total” na coluna “Lei+Crédito 2005” da Tabela “Execução Orçamentária e Financeira – 2005 –  
1359 Consolidado – Ministério da Saúde – Posição Outubro (atualizado até 31.10.2005)”, de R\$ 37,783  
1360 bilhões era superior ao mínimo estimado (R\$ 37,125 bilhões). Porém, estava incorporada a  
1361 suplementação de R\$ 1,2 bilhão do item 7 (Bolsa-Alimentação) realizada pela Medida Provisória nº  
1362 261/05, de 30 de setembro de 2005, apesar de o Plenário do CNS ter deliberado na última reunião que  
1363 essas despesas não deviam ser computadas no cálculo da EC nº 29. Com essa exclusão, explicou que  
1364 seria necessário alocar mais recursos orçamentários no Ministério da Saúde (R\$ 542 milhões), sem

1365 considerar os cancelamentos de Restos a Pagar analisados anteriormente. A propósito da EC nº 29 e  
1366 Tramitação do Projeto de Lei Complementar nº 01/03, lembrou que no dia 19 de outubro de 2005 houve  
1367 atividade no Auditório Nereu Ramos junto com a Frente Parlamentar, ocasião em que foi entregue aos  
1368 parlamentares, principalmente aos líderes das bancadas e à imprensa, documento solicitando a urgência  
1369 da aprovação do PLC 01/03 ainda em 2005. Disse que a sugestão de encaminhamento para o mês de  
1370 novembro de 2005 era manter contato com as lideranças partidárias no Congresso e solicitar audiência  
1371 com Ministro do Planejamento, Ministro da Fazenda e Ministro da Casa Civil. Por fim, informou que a  
1372 COFIN se propôs a encaminhar ofício ao SIOPS solicitando informações sobre as medidas que estavam  
1373 sendo adotadas para inclusão das deliberações dos Conselhos Estaduais de Saúde sobre o  
1374 cumprimento da EC nº 29 pelos Estados na página do SIOPS, conforme deliberação do Conselho  
1375 Nacional de Saúde. Antes de abrir a palavra para considerações do Plenário, o representante da  
1376 SPO/MS, presente à reunião, fez os seguintes esclarecimentos: **1)** itens com baixo nível de empenho - a  
1377 SPO/MS distribuiria nota técnica com as justificativas para o baixo nível de empenho de itens destacados  
1378 no relatório da COFIN/CNS; **2)** a SPO distribuiu quadro elaborado pelo Ministério do Planejamento,  
1379 Orçamento e Gestão/Secretaria do Orçamento Federal/Departamento de Programas Sociais intitulado  
1380 “Ações e Serviços Públicos de Saúde – Ministério da Saúde – Emenda Constitucional nº 29/2000 –  
1381 Evolução 1999/2006 – Posição Agosto de 2005”. Nesse Quadro, consta que o Piso para 2006 é de R\$  
1382 41,071 bilhões (calculado a partir da aplicação da variação nominal do PIB 2005 de 10,60% sobre o Piso  
1383 2005 estimado em R\$ 37,136 bilhões). O Projeto de Lei Orçamentária 2006 apresenta programações em  
1384 ações e serviços públicos de saúde no total de R\$ 41,076 bilhões; e **3)** divergência entre a planilha  
1385 apresentada pela SPO e o SAMU – é válida a planilha da SPO, que considera o valor liquidado. Após  
1386 esses esclarecimentos, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheira **Graciara**  
1387 **Matos de Azevedo** manifestou apoio à decisão da COFIN de encaminhar ofício a SAS solicitando  
1388 esclarecimentos sobre as ações de saúde bucal relacionadas com o MAC e salientou a necessidade  
1389 dessas informações serem apresentadas até a próxima reunião da Comissão. Sobre o SAMU, solicitou  
1390 que o Secretário de Gestão Participativa e Estratégica/MS fizesse gestão no sentido de garantir que o  
1391 Ministro da Saúde fosse até Goiânia, no dia 26 de novembro de 2005, para lançar o Programa e efetivar  
1392 o serviço de atendimento metropolitano na Capital. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** perguntou  
1393 onde seria utilizada a reserva de R\$ 1 bilhão. O representante da SPO explicou que o montante de R\$  
1394 1,052 bilhão seria reservado, possivelmente, para as Emendas Parlamentares, contudo, disse que  
1395 buscara confirmar essa informação. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** ressaltou que era  
1396 necessário avaliar se o Ministério da Saúde estava funcionando de forma adequada, visto que muitos  
1397 dos seus programas não conseguiram executar até aquele momento, sequer, 50% do orçamento  
1398 disponível. Destacou ainda que era preciso recompor o orçamento previsto para a Gestão do Trabalho  
1399 em 2006, visto que não era suficiente para garantir a continuidade da política nessa área. Conselheira  
1400 **Silvia Marques Dantas** manifestou preocupação com a baixa execução orçamentária do item 32  
1401 (Atenção à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem) e, a propósito, reiterou a solicitação de que  
1402 esse item fosse apresentado de forma desvinculada, a fim facilitar o monitoramento da Política de  
1403 Atenção à Saúde da Mulher, pela Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do CNS. O consultor  
1404 técnico da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**, informou que seriam disponibilizadas as planilhas  
1405 detalhadas de cada um dos itens/programas do Ministério da Saúde. Conselheira **Maria Leda de R.**  
1406 **Dantas** perguntou quais eram os reais motivos da baixa execução orçamentária dos itens destacados  
1407 pela COFIN/CNS – incapacidade gerencial ou contingenciamento. O representante da SPO/MS destacou  
1408 que a Secretaria, por si só, não conseguiria explicar os motivos da baixa execução orçamentária de  
1409 itens/programas do Ministério da Saúde, sendo necessária a presença dos técnicos responsáveis pelas  
1410 áreas com baixa execução. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** perguntou se os recursos dos  
1411 programas com baixa execução orçamentária estavam disponíveis para serem executados, sem  
1412 contingenciamento. O representante da SPO/MS disse que poderia preparar relatório sobre essa  
1413 questão para ser apresentado na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**  
1414 registrou o seu protesto com relação ao empenho e a liquidação inadequada dos itens 15 (Programa  
1415 Sangue e Hemoderivados) e 31 (Programa Interiorização Trabalho em Saúde – PITs). Conselheira **Júlia**  
1416 **Maria Roland** lembrou que o Plenário decidiu fazer análise trimestral da execução orçamentária do  
1417 Ministério da Saúde, assim, as questões concernentes à execução orçamentária, levantadas pelos  
1418 conselheiros, seriam anotadas para serem discutidas posteriormente. Desse modo, sugeriu que, naquela  
1419 reunião, o Plenário definisse encaminhamento em relação aos pontos priorizados pela COFIN/CNS -  
1420 Orçamento 2006 e EC nº 29. A propósito, apresentou as seguintes sugestões: reiterar a proposta de  
1421 audiência, em caráter de urgência, com o Deputado **Carlito Merss**, relator do Projeto de Lei  
1422 Orçamentária 2006, com o objetivo de encaminhar os pontos levantados no relatório da COFIN e dar  
1423 ciência das ressalvas apresentadas pelo Conselho Nacional de Saúde em sua Reunião Extraordinária,  
1424 realizada no final de agosto de 2005, bem como incluir recursos adicionais para os programas  
1425 relacionados à Gestão do Trabalho e aos itens que tiveram valores reduzidos em relação a 2005,  
1426 visando garantir, no mínimo, os mesmos valores; e manter contato com as lideranças partidárias e

1427 solicitar audiência com os Ministérios do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Fazenda para garantir  
1428 a votação da regulamentação da EC nº 29 em 2005. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** propôs  
1429 que os programas com baixa execução orçamentária fossem acompanhados e analisados mensalmente  
1430 e que o CNS tornasse pública a sua preocupação com a execução orçamentária do Ministério da Saúde,  
1431 em 2005. Também ratificou a proposta de solicitar audiência, em caráter de urgência, com o relator do  
1432 Projeto de Lei Orçamentária 2006, para apresentar as ressalvas e as propostas do CNS ao Orçamento  
1433 2006. Conselheira **Margarida Maria Santana da Silva** sugeriu que o CNS formasse comissões, com o  
1434 apoio de técnicos e especialistas, para analisar a execução orçamentária do Ministério da Saúde e dos  
1435 estados e municípios (por amostragem), de forma a verificar a real situação e apresentar sugestões para  
1436 reverter o quadro da baixa execução orçamentária. Conselheira **Júlia Maria Roland** disse que a  
1437 COFIN/CNS poderia apresentar, na próxima reunião do CNS, a relação de programas com baixa  
1438 execução orçamentária que deveriam ser analisados todos os meses. Com isso, avaliou que seria  
1439 necessário disponibilizar tempo maior para a apresentação da COFIN/CNS. Além disso, destacou que  
1440 tentaria agendar audiência com o relator do Projeto de Lei Orçamentária 2006 para o período da tarde ou  
1441 para o dia seguinte. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** avaliou que o problema não se referia ao  
1442 trabalho da COFIN/CNS, que era executado com grande qualidade, mas sim, o que fazer diante dos  
1443 dados apresentados. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, destacou que a  
1444 Secretaria-Executiva do CNS e os membros da COFIN/CNS vinham discutindo a melhor forma de  
1445 debater a execução orçamentária do Ministério da Saúde. A propósito, lembrou que o Plenário aprovou a  
1446 metodologia proposta de análise trimestral da execução orçamentária, com solicitação de  
1447 esclarecimentos às áreas destacadas e análise mensal de um item/programa prioritário, com baixa  
1448 execução orçamentária, com pedido de esclarecimentos à área técnica responsável, a serem  
1449 apresentados ao Plenário do CNS. Em sendo assim, destacou que o Plenário teria que definir qual seria  
1450 o método de trabalho da Comissão – prosseguir com a metodologia aprovada ou redefini-la para atender  
1451 às demandas dos conselheiros. Além disso, avaliou que, nessa reunião, a COFIN/CNS priorizou a  
1452 discussão do Orçamento 2006, que seria votado no mês de dezembro de 2005 e, a propósito, informou  
1453 que no dia 7 de dezembro de 2005, durante a XIII Plenária Nacional de Conselhos, seria realizada  
1454 atividade voltada ao Orçamento 2006. Também destacou a proposta de o SIOPS disponibilizar espaço  
1455 para que os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde apresentassem os seus dados a respeito do  
1456 cumprimento da EC nº 29. Conselheiro **João Cândido da Silva** sugeriu que o CNS convocasse os  
1457 responsáveis pelos itens/programas com baixa execução orçamentária a acompanharem a apreciação e  
1458 análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde no CNS. Em relação ao orçamento, sugeriu  
1459 que o CNS solicitasse audiência com o relator do orçamento para, em seguida, definir estratégias de  
1460 ação a esse respeito. Conselheira **Silvia Marques Dantas** perguntou se os programas com baixa  
1461 execução orçamentária também seriam discutidos no CNS. Conselheira **Júlia Maria Roland** explicou  
1462 que a proposta era, a cada reunião do CNS, convidar um representante do item/programa com baixa  
1463 execução orçamentária para prestar esclarecimentos ao CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**  
1464 avaliou que era difícil analisar uma proposta orçamentária que estava distante da realidade. Nessa linha,  
1465 disse que era preciso mudar a lógica de discutir o orçamento da saúde no CNS, discutindo, inclusive,  
1466 qual era o recurso necessário para a área da saúde. Também destacou que os representantes do  
1467 Ministério da Saúde poderiam informar o Conselho sobre os motivos da baixa execução orçamentária  
1468 (incapacidade gerencial ou contingenciamento). Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** manifestou sua  
1469 preocupação com a não execução dos orçamentos destinados a áreas essenciais à saúde, a exemplo do  
1470 saneamento básico. Nesse sentido, solicitou que o Ministério da Saúde avaliasse se isso estava  
1471 ocorrendo por falta de capacidade técnica ou por decisão política. Feitas essas considerações,  
1472 Conselheira **Júlia Maria Roland** disse que o Plenário não teria que definir a metodologia para  
1473 apresentação e discussão do relatório da COFIN/CNS, a fim de garantir a efetividade dos debates. A  
1474 propósito, destacou que o Plenário não se manifestou a respeito das questões propostas pela  
1475 COFIN/CNS - Orçamento 2006, programas prioritários – SAMU e EC nº 29. Assim, retomou as propostas  
1476 de solicitar audiência, em caráter de urgência, com o Deputado **Carlito Merss**, relator do Projeto de Lei  
1477 Orçamentária 2006 para explicitar as preocupações do CNS com relação ao orçamento e de manter  
1478 contato com as lideranças partidárias no Congresso Nacional e solicitar audiência com Ministro do  
1479 Planejamento, Ministro da Fazenda e Ministro da Casa Civil para aprovar a regulamentação da EC nº 29  
1480 em 2005. Também comentou sobre a nota técnica da SPO/MS, distribuída durante a reunião, que  
1481 apresentava justificativas fornecidas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde para o baixo empenho  
1482 de grupos de despesas. Avaliou que algumas explicações eram razoáveis e outras eram extremamente  
1483 inaceitáveis e citou, como exemplo desse último caso, as ações de atenção à saúde da mulher. Por fim,  
1484 defendeu a utilização da metodologia aprovada de eleger um programa/item para ser discutido a cada  
1485 mês, visto que era impossível discutir a execução orçamentária do Ministério da Saúde de uma só vez.  
1486 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** retomou as suas propostas de encaminhamento, quais  
1487 sejam: marcar audiência com o relator do Projeto de Lei Orçamentária 2006 para discutir os pontos que  
1488 não estavam contempladas no Orçamento 2006 e dar publicidade à preocupação do CNS com a

1489 execução orçamentária do Ministério da Saúde. Além disso, sugeriu que fosse reservado um dia da  
1490 próxima Reunião Ordinária do CNS para analisar o baixo nível de execução orçamentária dos programas  
1491 destacados pela COFIN/CNS, convocando os responsáveis das áreas técnicas do Ministério da Saúde  
1492 para os esclarecimentos necessários e solicitando também a presença do Ministério Público.  
1493 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que a COFIN apresentasse quadro comparativo,  
1494 explicitando o montante previsto, em 2005, para cada rubrica, independente de empenho e execução e o  
1495 proposto para o Orçamento para 2006. Conselheira **Júlia Maria Roland** explicou que já existia quadro  
1496 comparativo entre o Orçamento 2005 e 2006 e o mesmo seria distribuído aos conselheiros. Além disso,  
1497 destacou que o gasto total do orçamento 2005 não era ruim, mas havia problemas de execução  
1498 orçamentária em áreas específicas. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,  
1499 informou que a Secretaria-Executiva do CNS vinha reiteradamente convocando os técnicos das áreas  
1500 com baixa execução orçamentária para participarem das reuniões da COFIN e do CNS, entretanto, não  
1501 estava obtendo sucesso. Desse modo, concordou com a proposta de reiterar a convocação dos  
1502 representantes das áreas técnicas. Após essa consideração, Conselheira **Júlia Maria Roland** colocou  
1503 em votação as propostas: **solicitar audiência, em caráter de urgência, com o Deputado Carlito**  
1504 **Merss, relator do Projeto de Lei Orçamentária 2006, com o objetivo de encaminhar os pontos**  
1505 **levantados no relatório da COFIN e dar ciência das ressalvas apresentadas pelo Conselho**  
1506 **Nacional de Saúde em sua Reunião Extraordinária, realizada no final de Agosto de 2005, bem**  
1507 **como incluir recursos adicionais para os programas relacionados à Gestão do Trabalho e aos**  
1508 **itens que tiveram valores reduzidos em relação a 2005, visando garantir, no mínimo, os mesmos**  
1509 **valores; reservar um dia da reunião plenária do Conselho Nacional de Saúde de dezembro de**  
1510 **2005 para analisar o baixo nível de execução orçamentária de programas selecionados,**  
1511 **convocando os responsáveis das áreas técnicas do Ministério da Saúde para os esclarecimentos**  
1512 **necessários e solicitando também a presença do Ministério Público para acompanhar o trabalho**  
1513 **desenvolvido pelo CNS sobre este assunto, bem como dar publicidade dessa análise nos**  
1514 **materiais informativos do CNS; e seguir a metodologia de análise trimestral da execução**  
1515 **orçamentária do Ministério da Saúde e análise mensal de programas com execução orçamentária**  
1516 **muito inferior ao previsto. As propostas foram aprovadas por unanimidade.** Conselheira **Júlia**  
1517 **Maria Roland** disse que tentaria agendar a audiência com o relator do Orçamento 2006 para o período  
1518 da tarde ou para o dia seguinte, 10 de novembro de 2005. Acrescentou que, independente da data, era  
1519 preciso definir comissão para participar da audiência. **OUTROS ASSUNTOS - DIA DA CONSCIÊNCIA**  
1520 **NEGRA – 20 de novembro** - Estiveram presentes à reunião representantes da Secretaria de Políticas  
1521 de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial  
1522 (CNPIR), que comentaram sobre as ações relativas ao combate ao racismo e à promoção da igualdade  
1523 racial. Sr. **Antônio Pinto**, da SEPPIR, informou que no mês de novembro de 2005 haveria vários  
1524 eventos para comemorar o Dia da Consciência Negra, 20 de novembro. Destacou, ainda, que 2005 era o  
1525 ano nacional de promoção da igualdade racial e, nesse sentido, várias ações haviam sido tomadas,  
1526 dentre elas, realização do Projeto “A Cor da Cultura”, que trata sobre a cultura afro-brasileira; aprovação  
1527 do projeto de cotas para negros nas universidades federais brasileiras; aprovação do Estatuto da  
1528 Igualdade Racial, no Senado, entre outras. Sra. **Maria Inês**, da SEPPIR, comentou sobre as estatísticas  
1529 concernentes à situação da população negra e destacou a necessidade de políticas específicas de  
1530 atenção à saúde para essa população. A Secretaria-Executiva do CNPIR, **Oraida Maria de Abreu**, falou  
1531 sobre o CNPIR, que possui quarenta conselheiros e reunia-se constantemente para discutir as questões  
1532 relativas à promoção da igualdade racial. Também comentou sobre a I Conferência Nacional de  
1533 Promoção da Igualdade Racial, realizada de 29 de junho a 1º de julho de 2005, e das Consultas  
1534 Temáticas que a antecedeu (Indígena e Cigana), com destaque para as ações definidas voltadas às  
1535 populações específicas como judeus, palestinos, árabes, ciganos e negros. Após considerações do  
1536 Plenário, a Secretaria-Executiva do CNS agradeceu a presença dos convidados e encerrou os trabalhos  
1537 da manhã do segundo dia de reunião, estando presentes os seguintes Conselheiros: **Titulares - Antônio**  
1538 **Alves de Souza, Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Eni Carajá Filho, Francisco**  
1539 **Batista Júnior, João Donizeti Scaboli, João José Cândido da Silva, José Saraiva Felipe, Luiz**  
1540 **Augusto A. Martins, Maria Eugênia C. Cury, Maria Leda de R. Dantas, Nildes de Oliveira Andrade,**  
1541 **Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Urquiza H. Meira**  
1542 **Paulino, Volmir Raimondi, Zilda Arns Neumann e Willian Saad Hossne. Suplentes: Ciro Mortella,**  
1543 **Fernando Luiz Eliotério, Gerônimo Paludo, Júlia Maria S. Roland, Luiz Gonzaga de Araújo,**  
1544 **Marcelo de Ávila Rosa, Margarida Maria Santana da Silva, Maria Irene Monteiro Magalhães, Maria**  
1545 **Thereza Almeida Antunes, Maria Thereza M. C. Rezende, Odair Furtado, Ruth Ribeiro Bittencourt e**  
1546 **Wilson Valério Lopes.** Retomando a sessão, foi iniciada a discussão sobre a 4ª Conferência Nacional  
1547 de Saúde Indígena (CNSI). Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** assumiu a coordenação dos  
1548 trabalhos e convidou o Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** para apresentação do tema. Iniciando,  
1549 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** explicou que a Comissão Organizadora da 4ª CNSI, reunida no dia 3 de  
1550 novembro de 2005, discutiu, dentre outras questões a composição das comissões da Conferência. A

1551 propósito, informou que havia sido distribuído quadro detalhando a composição das comissões da  
1552 Conferência e o Plenário deveria manifestar-se sobre pontos pendentes. A propósito da Comissão de  
1553 Relatoria, disse que, conforme dispõe o Regimento Interno da 4<sup>a</sup> CNSI, deveria ser composta por 17  
1554 integrantes, assim, o Plenário teria que escolher oito dos doze nomes indicados na última reunião do  
1555 CNS para compor a Comissão. Conselheiro **Eni Carajá Filho** explicou que, dos doze nomes indicados,  
1556 deveriam ser excluídos dois: **Ivanil Mendes** e **Lucimar Batista Costa**. Conselheiro **Antônio Alves de**  
1557 **Souza** ponderou sobre a possibilidade de aumentar o número de relatores de 17 para 20, para  
1558 contemplar os dez nomes indicados na última reunião. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** disse que seria  
1559 necessário indicar mais um nome para chegar ao número de vinte componentes da Comissão de  
1560 Relatoria e, propósito, sugeriu que fosse um usuário, representante indígena. Além disso, ressaltou que  
1561 o Ministério da Saúde teria que indicar dois nomes para participar da Comissão. **O Plenário decidiu**  
1562 **alterar o número de componentes da Comissão de Relatoria de 17 para 20. A indicação do**  
1563 **usuário, representante indígena e dos representantes do Ministério da Saúde para compor a**  
1564 **Comissão deveria ser feita até o final da reunião.** Segundo, Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** passou  
1565 a tratar sobre a Comissão Especial de Comunicação que, regimentalmente, deveria ser composta por  
1566 quatro representantes. Explicou que, até aquele momento haviam sido confirmados três nomes (**Valdeni**  
1567 **Andrade França** - usuário; **Ericson Leão** - CFO - trabalhador de Saúde; e **Cláudio Bernardo Pedrosa**  
1568 **de Freitas** - MEC - gestor), sendo necessário definir mais um nome entre os três indicados na última  
1569 reunião do CNS, sendo: Conselheira **Maria Thereza Almeida Antunes** - usuário; Conselheira **Nildes de**  
1570 **Oliveira Andrade** - usuário; e Conselheira **Geusa Dantas Lelis** - FENTAS - trabalhador de Saúde. **A**  
1571 **propósito, o Plenário decidiu ampliar o número de integrantes da Comissão Especial de**  
1572 **Comunicação - quatro para seis componentes, a fim de contemplar os três nomes indicados.** Continuando, passou à Comissão Especial de Infra-Estrutura, que, conforme dispõe o Regimento  
1573 Interno, deveria ter quatro representantes. Explicou que até aquele momento, haviam sido definidos três  
1574 nomes (**Irenildo** - usuário; **Denílson Ferreira de Magalhães** - COFFITO - trabalhador de Saúde; e  
1575 Conselheira **Maria Irene Magalhães** - usuário) e havia sido solicitada a inclusão de um representante  
1576 indígena para fechar quatro componentes. **O Plenário também decidiu ampliar o número de**  
1577 **componentes da Comissão Especial de Infra-Estrutura - quatro para seis, sendo que três vagas**  
1578 **seriam ocupadas por representantes indígenas. O Regimento Interno da 4<sup>a</sup> Conferência Nacional**  
1579 **de Saúde Indígena seria retificado para contemplar essas alterações na composição das**  
1580 **Comissões.** Segundo, Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** informou que havia distribuído cronograma das  
1581 Conferências Distritais e, a propósito, retificou as datas das Conferências de Cuiabá e Interior Sul, que  
1582 seriam realizadas, respectivamente, de 15 a 20 de dezembro de 2005 e primeira quinzena de dezembro  
1583 de 2005. Conselheiro **Eni Carajá Filho** aproveitou a oportunidade para registrar o afastamento dos  
1584 Conselhos Estaduais de Saúde no processo de preparação das Conferências Distritais e para denunciar  
1585 irregularidades na gestão da FUNASA, em Minas Gerais. Formalizou a entrega de material sobre a  
1586 denúncia ao Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, representante do Ministério da Saúde no CNS e  
1587 solicitou que o Conselho acompanhasse a situação. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** solicitou que os  
1588 interessados em participar das Conferências Distritais encaminhassem os seus nomes para a Comissão  
1589 Organizadora. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** salientou a necessidade de os conselheiros  
1590 nacionais participarem das Conferências Distritais, a fim de conhecerem a realidade da saúde dos povos  
1591 indígenas. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que aguardava os  
1592 Regimentos Internos das Conferências Distritais para comunicar os Conselhos Estaduais e Municipais  
1593 de Saúde sobre a realização das mesmas. Na seqüência, Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** explicou que  
1594 o § 5º do Regimento Interno da 4<sup>a</sup> CNSI definia que a Conferência seria realizada em Brasília, contudo, a  
1595 Comissão Organizadora não encontrou local em Brasília que respondesse às necessidades colocadas  
1596 (acomodação e hospedagem de mil delegados, considerando os hábitos indígenas; espaço para  
1597 realização de ritos específicos e que não fosse próximo a áreas urbanas, a fim de evitar a dispersão dos  
1598 delegados indígenas). Desse modo, apresentou a proposta de a 4<sup>a</sup> CNSI ser realizada na Pousada do  
1599 Rio Quente, em Caldas Novas, visto que o local atendia aos anseios, oferecendo a estrutura necessária,  
1600 com custo dentro do orçamento previsto. Também defendeu a manutenção da data anteriormente  
1601 prevista, de 28 a 31 de março de 2006, pois os povos indígenas já haviam se organizado com base  
1602 nesse período. Além disso, lembrou que, no dia anterior, o Plenário definiu que, caso houvesse  
1603 dificuldade em mudar a data da etapa nacional da 4<sup>a</sup> Conferência de Saúde, a mesma ocorreria  
1604 concomitantemente à 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.  
1605 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** disse que não seria possível manifestar-se sobre a mudança  
1606 de local da Conferência Nacional de Saúde Indígena naquele momento, uma vez que não estava  
1607 presente a representante da ASCOM/MS, **Marilene Rocha**, responsável por fazer levantamento dos  
1608 espaços disponíveis para a realização da 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da  
1609 Educação na Saúde. Em sendo assim, a definição dessa questão foi temporariamente adiada e o  
1610 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** passou à apresentação da proposta de imagem e de logomarca da 4<sup>a</sup>  
1611 Conferência de Saúde Indígena, que havia sido apreciada pela Comissão Organizadora e recebera  
1612

1613 contribuições, inclusive, dos representantes indígenas. **Após apresentação de sugestões, o Plenário**  
1614 **aprovou, por unanimidade, a arte do cartaz da 4ª Conferência de Saúde Indígena.** Prosseguindo,  
1615 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** colocou que, conforme determinação do Regimento Interno da 4ª CNSI,  
1616 o Ministério da Saúde/FUNASA arcara com as despesas referentes à hospedagem e a alimentação dos  
1617 delegados representantes dos usuários e dos trabalhadores de saúde e com as despesas de  
1618 alimentação de todos os delegados. Assim, caso a Conferência fosse realizada na Pousada do Rio  
1619 Quente, em Caldas Novas, os representantes dos gestores e prestadores de serviços teriam que se  
1620 hospedar no local, por não terem outra opção, tendo que pagar o valor de uma diária comum, caso não  
1621 fossem incluídos no pacote, o que, na visão da Comissão, poderia dificultar a participação desse  
1622 segmento na Conferência. Diante disso, ponderou sobre a possibilidade de o Ministério da  
1623 Saúde/FUNASA arcar com as despesas referentes à hospedagem e alimentação de todos os delegados.  
1624 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** explicou que não seria necessário retificar o Regimento  
1625 Interno, caso o Plenário decidisse que o Ministério da Saúde arcara com as despesas referentes à  
1626 hospedagem e alimentação de todos dos delegados da Conferência. Entretanto, disse que era preciso  
1627 saber quanto custaria financiar as despesas com hospedagem para mais 250 delegados, representantes  
1628 dos gestores e prestadores de serviços. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** explicou que a representante  
1629 da ASCOM/MS, **Marilene Rocha**, comprometeu-se a fazer o levantamento desse custo para apresentar  
1630 ao Plenário. Assim, o Plenário decidiu que se manifestaria sobre essa questão após a  
1631 **apresentação da representante da ASCOM/MS, Marilene Rocha.** Segundo, Conselheiro **Clóvis A.**  
1632 **Boufleur** explicou que a Comissão Organizadora se reuniria no dia 18 de novembro de 2005 para  
1633 definir, entre outras questões, o método para elaboração dos relatórios das Conferências Distritais.  
1634 Contudo, quatro Conferências Distritais aconteceriam antes dessa data, logo, não teriam orientação para  
1635 elaborar os seus relatórios, o que poderia trazer prejuízos ao documento a ser escrito. Conselheira  
1636 **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que fossem indicados conselheiros envolvidos na organização da  
1637 Conferência para participar das quatro Conferências Distritais que ocorreriam sem a orientação para  
1638 elaboração dos relatórios. **O plenário aprovou a proposta da Conselheira Solange Gonçalves**  
1639 **Belchior: as quatro Conferências Distritais que ocorreriam sem a orientação para elaboração dos**  
1640 **relatórios seriam acompanhadas por representantes da Comissão Organizadora.** Concluído esse  
1641 ponto, foi iniciada a discussão do item 9 da pauta. **ITEM 9 – MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE,**  
1642 **SARAIVA FELIPE** – Conselheira **Zilda Arns Neumann** e Conselheiro **Antônio Alves de Souza**  
1643 assumiram a coordenação da mesa e, após cumprimentarem o Ministro de Estado da Saúde, **José**  
1644 **Saraiva Felipe**, passaram-lhe de imediato a palavra para as considerações iniciais. O Ministro de Estado  
1645 da Saúde, **José Saraiva Felipe**, dirigiu-se ao Plenário nos seguintes termos: “A princípio, eu gostaria de  
1646 cumprimentar o Conselho Nacional de Saúde, as conselheiras e os conselheiros e agradecer a presença  
1647 da Dra. **Zilda Arns**. Aliás, hoje eu fui surpreendido ao receber um diploma da Confederação Nacional  
1648 dos Bispos do Brasil por ser considerado parceiro ouro. Daí eu disse que gostaria de ter uma categoria  
1649 maior, parceiro diamante, para também retribuir o quanto a CNBB tem sido importante nos trabalhos  
1650 desenvolvidos pelo Ministério, não apenas como parceira na ação, mas também na crítica, na  
1651 observação e nos fazer chegar retorno de situações que precisam ser equacionadas ou que o Ministério  
1652 precisa tomar alguma providência. Cumprimento aqui o companheiro **Antônio Alves**, responsável pela  
1653 área de gestão participativa do Ministério da Saúde. Gostaria de informar que eu fui convocado  
1654 inusitadamente pelo Presidente da República para uma discussão, agora à tarde, sobre saneamento  
1655 básico com o Ministro **Ciro Gomes**, o Ministro da Cidade e provavelmente com os ministros da casa. O  
1656 governo pretende implementar as ações de saneamento básico, inclusive agilizando a liberação de  
1657 recursos. Essa é uma notícia auspíciosa, pois, de alguma forma, para a saúde, tão importante quanto as  
1658 ações específicas, é nós termos recursos também para o saneamento básico e outras áreas afins. No  
1659 momento, eu gostaria de tratar de dois assuntos. O primeiro é que eu recebi uma solicitação para a  
1660 retirada da consulta pública sobre a utilização de talidomida. Recebi por parte do Conselho. Eu solicitei à  
1661 área técnica, eu que sou um sanitarista, um planejador e por ser uma questão específica, eu pedi um  
1662 posicionamento da área de atenção à saúde e de atenção farmacêutica do Ministério da Saúde. Então,  
1663 eu vou passar a apresentar as informações que chegaram para mim. Todos sabemos que a talidomida  
1664 era utilizada sobretudo como antiemético para casos de vômitos incoercíveis durante a gravidez e nós  
1665 tivemos muitos casos no mundo de malformações congênitas comprovadamente em função da utilização  
1666 da talidomida. Então, faz muitos anos que a talidomida foi banida não só como antiemético mas também  
1667 como medicamento com possibilidade de uso durante o período da gravidez. Mas as observações são  
1668 as seguintes: primeiro, há necessidade de ampliar as patologias tratáveis com o medicamento, haja vista  
1669 o avanço científico, clínico e terapêutico na área. Entre as novas indicações para as quais  
1670 comprovadamente a talidomida se mostra eficaz estão a síndrome de behcet, artrite reumatóide e  
1671 diversos tipos de cânceres. O medicamento inibe o crescimento das células cancerígenas. Segundo  
1672 ponto. A consulta pública trata de apresentar à sociedade uma proposta de atualização das regras para  
1673 o uso da talidomida, reforçando o controle da droga que é muito eficaz no tratamento de patologias  
1674 específicas, além de custo baixíssimo e produção e dispensação exclusivamente no SUS. O que ocorre

1675 hoje, no caso das patologias para as quais o medicamento não é normatizado é uma distorção, pois os  
1676 clínicos muitas vezes têm que informar diagnóstico diferente do real para que seja possível o acesso  
1677 necessário do paciente ao medicamento. Hoje o medicamento está regulamentado para a hanseníase,  
1678 trata eritema notoso tipo 2; AIDS, trata aftas; lúpus eritematoso, doença enxerto-versus-hospedeiro; e  
1679 mieloma múltiplo. Por último, é importante reforçar que as doenças para cujo tratamento a consulta  
1680 pública pretende ampliar o uso são tão graves e causam tanto sofrimento aos doentes quanto as que  
1681 hoje já são eficientemente tratadas com a talidomida. Outro aspecto que eu queria ressaltar aqui é o  
1682 seguinte: quando nós abrimos uma consulta pública para qualquer coisa, para utilização de um  
1683 medicamento, para aquisição de algum bem, de algum produto, a consulta pública abre exatamente o  
1684 espaço para que a comunidade científica e as associações de usuários possam se manifestar durante a  
1685 consulta pública cujo resultado é totalmente aberto. Vai depender exatamente dos posicionamentos  
1686 científicos e de outras naturezas que são feitos, no caso aqui, referente à utilização de um medicamento  
1687 que, para área técnica de fármacos, de ciência e tecnologia, de atenção à saúde, continua  
1688 imprescindível. Segundo, eu reitero que a consulta pública é um momento para que inclusive o Conselho  
1689 se informe científica, técnica e politicamente e possa apresentar um posicionamento ainda que contrário  
1690 à utilização da droga. Consulta pública não significa adoção, mas exatamente a possibilidade de a  
1691 sociedade discutir a matéria. Enfim, eu gostaria de ouvir comentários a respeito desse posicionamento.  
1692 "Na seqüência, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheira **Silvia Marques Dantas**  
1693 destacou que a ampliação do uso da talidomida deveria ser feita concomitante à ampliação do processo  
1694 de acompanhamento dos usuários da substância. Além disso, destacou que a regulamentação deveria  
1695 tratar inclusive dos benefícios previdenciários para pessoas vítimas da talidomida, visto que ainda havia  
1696 a ocorrência de novos casos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou que a proposta de  
1697 regulamentação da ANVISA possuía importantes aspectos técnicos do ponto de vista da manipulação,  
1698 dispensação, conservação e controle do uso da talidomida, contudo, disse que era preciso considerar as  
1699 preocupações do grupo de representantes das pessoas vítimas da talidomida. A primeira delas, referia-  
1700-se à alteração na embalagem do medicamento, com a retirada do desenho da mulher com um "x"  
1701 vermelho. A segunda, em relação ao artigo 6º, que determina "que o medicamento poderia ser prescrito  
1702 para mulheres em idade fértil somente avaliação médica quanto aos riscos de gravidez e mediante  
1703 a comprovação de utilização de métodos efetivos de contracepção para mulheres em uso de talidomida  
1704 ou de procedimento de esterilização", haja vista que não existia nenhum método contraceptivo 100%  
1705 eficaz. Conselheiro **Eni Carajá Filho** destacou que o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas  
1706 pela Hanseníase (MORHAN), que trouxe a questão para o CNS junto com a Associação Brasileira dos  
1707 Portadores da Síndrome da Talidomida (ABPST), não era contra a consulta pública, mas entendia que o  
1708 conteúdo deveria ser pactuado com as instituições que atuam na área, em especial o Conselho Federal  
1709 de Farmácia e o Conselho Federal de Medicina. Nesse sentido, reiterou a necessidade de suspender a  
1710 consulta pública e reiniciar o processo, garantindo-se a participação dos setores envolvidos e das  
1711 entidades representantes da sociedade civil na discussão do seu conteúdo. Conselheira **Solange**  
1712 **Gonçalves Belchior** destacou que o CNS não defendia a interrupção do processo de debate sobre a  
1713 utilização da talidomida, mas entendia que era preciso suspender a consulta pública, em andamento, e  
1714 reiniciar o processo de discussão, garantindo-se a ampla participação dos trabalhadores da saúde,  
1715 representantes de governo e de grupos sociais e das entidades envolvidas com o tema, inclusive, para  
1716 ampliar a ótica para além da doença que precisa da medicação e dos técnicos que estudam o  
1717 medicamento. Também destacou que essa era uma questão que envolvia interesses econômicos,  
1718 devendo ser debatida com muito cuidado. Além disso, reiterou a preocupação levantada pelo conselheiro  
1719 **Francisco Batista Júnior** em relação ao artigo 6º, porque, com exceção da esterilização, não havia  
1720 nenhum método 100% eficaz para evitar a gravidez e os métodos para verificar a existência ou não de  
1721 gravidez também não eram totalmente seguros. O Ministro de Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**,  
1722 manifestou-se nos seguintes termos "Eu gostaria de fazer uma contraproposta. Primeiro, a Conselheira  
1723 **Silvia** colocou a questão da informação, do cuidado médico; o Conselheiro **Júnior** falou sobre a  
1724 mudança de embalagem que pode descaracterizar os embargos para utilização do medicamento; o  
1725 Conselheiro **Eni** defendeu a suspensão da consulta pública; e a Conselheira **Solange** também na  
1726 mesma linha. Eu vou propor o seguinte. Eu estou com dois documentos do CNS. O primeiro é uma  
1727 recomendação para que o Conselho Nacional de Previdência Social discuta o assunto, convidando a  
1728 Associação Brasileira dos Portadores da Síndrome da Talidomida. Eu estou de acordo e encaminho.  
1729 Acho que se tiver um problema com qualquer usuário, sem dúvida nenhuma, a função do Conselho é  
1730 caminhar dessa forma. Esse caso que está relatado, parece que já foi feito um aprofundamento. Ao  
1731 receber o medicamento, a paciente assina um termo de compromisso. No caso dessa senhora que teve  
1732 uma criança com problemas, o marido era quem utilizada a substância e há suspeita de que ela tenha  
1733 usado o medicamento, achando que com isso iria abortar. Mas eu vou propor o seguinte: tudo o que foi  
1734 dito aqui em relação à consulta pública, eu acho que podia se discutir antes. Não sei se alguém pegou a  
1735 regulamentação sob consulta pública, até a proposta para interromper a utilização do produto cabe  
1736 dentro da consulta pública. A consulta pública, com muita eficácia porque está aberta à sociedade, pode

1737 chegar inclusive à conclusão de que a utilização está impedida. Ao mesmo tempo em que o  
1738 medicamento foi banido, foi execrado, no caso de funcionar como antiemético potente, ele está sendo  
1739 recuperado no mundo inteiro como anticancerígeno. Esse é um produto produzido no país, com eficácia  
1740 nacional. Então, o que eu estou propondo em relação à resolução. Eu proponho incluir um item  
1741 determinando que a ANVISA encaminhará ao Conselho Nacional de Saúde, que poderá, por meio da  
1742 sua representação individual, da sua representação da sociedade civil, de usuários, intervir diretamente  
1743 na consulta pública, apresentando as mesmas sugestões que foram feitas aqui. A consulta pública está  
1744 absolutamente aberta e pode inclusive ser mais determinante, se for o caso, se passar encima de todas  
1745 as evidências médicas, científicas e se decidir que não vai usar, isso pode prevalecer na consulta  
1746 pública. Então, a proposta é o seguinte: incluir que a ANVISA encaminhe ao Conselho Nacional da  
1747 Saúde o resultado da consulta pública para avaliação antes da aprovação de qualquer regulamentação  
1748 sobre o assunto. Ou seja, ao invés de nós interrompermos...isso não faz sentido. Nós vamos interromper  
1749 a consulta pública que está em aberto. A consulta pública, todas as recomendações feitas inclusive para  
1750 impedir, para vedar a utilização, pode entrar como sugestão, desde que justificada, como o embargo à  
1751 utilização do produto. Então, na verdade, eu não venho sentido nisto. Eu me proponho a fazer esse  
1752 encaminhamento, que depois da consulta pública, que o Conselho pode manifestar-se coletivamente,  
1753 pode manifestar-se pelo peso das suas representações, que a ANVISA ainda encaminhe o produto disso  
1754 para o Conselho Nacional de Saúde que poderá ouvir informações técnicas embasadas, ouvir o  
1755 MORHAN, a Associação das Vítimas da Talidomida. Eu ouvi hoje que essa droga, ao contrário do que foi  
1756 colocado, está sendo recuperada no mundo inteiro, inclusive como um potente anticancerígeno. É  
1757 preciso olhar o quadro de utilização em outros países e não fazer um discurso que "no Brasil é diferente".  
1758 Eu acho que não temos o direito por um sentimento do "eu acho"...não é isso. Eu me proponho a  
1759 encaminhar da forma que vocês redigiram, só que ao invés de colocar "interrompa o processo de  
1760 consulta pública", o que é um contra-senso porque o processo de consulta pública está em aberto. Uma  
1761 pessoa, individualmente pode abrir um processo de consulta pública. Ele é feito, por exemplo, para a  
1762 compra de medicamentos. Eu determinei que todo processo de compra de equipamento de monta no  
1763 Ministério simplesmente apareça o que será comprado e consulta pública. Todo mundo pode apresentar  
1764 óbice, pode dizer que está dirigido, pode contrapor em relação ao edital, pode se contrapor antes que se  
1765 realize com aquelas manobras que a gente conhece: ou alguém mergulha o preço para depois pedir  
1766 reajuste ou não entregar o produto. Isso aconteceu na compra de preservativo. Como não houve  
1767 consulta pública, pegou-se na tela do computador e comprou-se uma matéria que nunca foi entregue  
1768 porque a firma mergulhou no preço, mas não tinha quantitativo e o látex não protegia nada. Então,  
1769 consulta pública é para abrir, é para todo mundo dar opinião, inclusive as opiniões postas aqui cabe na  
1770 consulta pública. Então, eu estou propondo...*interrupção*...eu me proponho a encaminhar a prorrogação  
1771 do prazo da consulta pública e a encaminhar o produto dessa consulta pública para o Conselho, se bem  
1772 que eu acho que a nossa responsabilidade deve nos impingir o compromisso de interferirmos na  
1773 consulta pública. Está na hora de fazer isso. Então, eu estou propondo aqui: eu encaminho para a  
1774 ANVISA como resolução, nós ampliamos a consulta pública por mais um mês e depois o resultado dela  
1775 volta para cá. Agora, por favor, eu gostaria que, ao invés do eu acho, fossem ouvidas as autoridades  
1776 farmacêuticas, a área do Ministério...é preciso discutir a questão no Conselho para que possamos tomar  
1777 uma decisão mais madura que não prejudique pessoas que precisam utilizar o medicamento. Você們  
1778 estão de acordo?" Conselheiro **Eni Carajá Filho** disse que o MORHAN não concordava com a  
1779 contraproposta do Ministro de Estado da Saúde de dar continuidade à consulta pública, inclusive de  
1780 prorrogar o prazo, contudo, a apresentaria ao MORHAN e a ABPST. Além disso, destacou que, ao  
1781 suspender a consulta pública, a intenção era revisar o seu conteúdo. O Ministro de Estado da Saúde,  
1782 **José Saraiva Felipe**, manifestou-se nos seguintes termos: "Eu não vou concordar que nenhum órgão  
1783 técnico desse Ministério, agora eu estou me colocando como Ministro, eu não me proponho e não abro  
1784 nenhuma consulta pública com consulta prévia ao conselho, porque isso é anticientífico, é errado. O  
1785 Conselho tem que ser informado da consulta pública, tem que se informar científica e tecnicamente para  
1786 entrar no site ou para fazer consulta pública e é legítimo que depois o resultado da consulta pública volte  
1787 para cá. Mas, de plano, eu não vou assinar como Presidente do Conselho. Estou dizendo que, como  
1788 Ministro, isso eu não vou fazer, porque não posso parar as atividades do Ministério. Eu estou tentando à  
1789 exaustão explicar que não existe isso Conselheiro **Eni**. Leia depois o regulamento da consulta pública. O  
1790 MORHAN pode, inclusive, obstruir a consulta desde que apresente consistência técnica e que prove que  
1791 isso é prejudicial, tem que ser interrompido. A consulta não tem que terminar com o resultado de se  
1792 utilizar talidomida para qualquer coisa." Conselheiro **Eni Carajá Filho** destacou que era um avanço a  
1793 proposta do Ministro da Saúde de trazer os resultados da consulta pública para discussão no CNS, antes  
1794 de definir qualquer regulamentação sobre a matéria e, por essa razão, seria apresentada às entidades.  
1795 Todavia, disse que mantinha a sua posição favorável à suspensão da consulta pública. O Ministro de  
1796 Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**, manifestou-se nos seguintes termos: "Eu gostaria de explicar o  
1797 seguinte: aqui no Ministério abre-se consultas a todo momento. O Ministério deve abrir, por dia, vinte,  
1798 trinta, quarenta consultas públicas na área de pesquisa celular, na área de medicamentos. Vocês já

1799 imaginaram se eu, Ministro da Saúde, em cada consulta pública que for aberta, vou querer chamar,  
1800 discutir ou colocar previamente. Consulta pública é a forma mais aberta e democrática de se colocar um  
1801 assunto para debate do Conselho, inclusive da sociedade como um todo. Então, eu estou chamando a  
1802 atenção para isso: é que consulta pública não significa comprometimento com nada. Ao prorrogar, é  
1803 como se estivesse abrindo uma nova consulta pública. Estou dando a oportunidade a setores que não  
1804 foram informados da consulta pública de se posicionarem com firmeza, com base técnica e eu mesmo  
1805 estou assumindo o compromisso de trazer para cá a conclusão dessa consulta prévia ampliada para  
1806 discussão no Conselho." Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** avaliou que a consulta pública era  
1807 intempestiva e o CNS não pôde contribuir, pois tomara conhecimento da sua existência naquele  
1808 momento. Contudo, destacou que não concordava com a prorrogação da forma como estava, visto que  
1809 os seus termos foram definidos sem a participação das entidades envolvidas. Nessa linha, defendeu a  
1810 suspensão da consulta e reinício da discussão dos seus termos, com a participação, principalmente, da  
1811 sociedade civil. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou que, mesmo que fosse prorrogada, a  
1812 consulta pública já estava prejudicada. Contudo, ponderou sobre a possibilidade de discutir com o  
1813 MORHAN e a ABPST a contraproposta do Ministro de Estado da Saúde e a partir daí definir posição  
1814 definitiva do CNS sobre a matéria. O Ministro de Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**, dirigiu-se ao  
1815 Plenário nos seguintes termos: "Eu gostaria de pedir a meu favor o seguinte: independente de qualquer  
1816 decisão, eu vou encaminhar a ANVISA o pedido para estender o prazo da consulta pública, sem prejuízo  
1817 de outra recomendação que eu receba, porque eu tenho consciência do que eu estou falando. Em  
1818 consulta pública não tem regra, a regra é feita por quem participa da consulta. Então, de qualquer forma,  
1819 eu estou pedindo, em favor do Conselho, de uma discussão mais aprofundada, de um posicionamento  
1820 maior, eu estou pedindo de imediato, independente de qualquer coisa, eu estou estendendo o prazo da  
1821 consulta, até porque eu também estou sabendo desse assunto hoje e gostaria de saber quem participou  
1822 da consulta até agora, porque quem entra na consulta é voluntário, a consulta é aberta. Quem da  
1823 sociedade opinou? Eu não sei. Só um comentário. Eu imagino que da mesma forma que nós temos  
1824 problemas por esse uso inadequado da talidomida, ontem, por exemplo, os Estados Unidos registraram  
1825 casos de poliomielite, rompendo uma situação no Continente que é desde 1994, os Estados Unidos. Se  
1826 fosse o Brasil, nós estaríamos sendo execrados. Nós somos muito mais imunes do que eles porque a  
1827 cobertura vacinal aqui tem sido...aliás a cobertura vacinal da última etapa, é importante o Conselho  
1828 saber, chegou a 95,3%, suplantando ainda a primeira etapa da vacinação. O que estou querendo dizer é  
1829 o seguinte: ninguém no mundo está imune a esse tipo de situação. Se estivesse reaparecido a partir do  
1830 Brasil o caso de paralisia infantil, provavelmente estaria pegando fogo aqui no Conselho. Pelo o que eu  
1831 estou sabendo, já se espalhou nos Estados Unidos. Ou seja, além daqueles casos na tal comunidade  
1832 que se recusava a vacinar, isso aí já se estendeu para fora. Sobre o decreto de eleição do Conselho,  
1833 apareceram alguns problemas jurídicos e nós estamos discutindo, inclusive com o **Antônio Alves** e está  
1834 sob análise do **Edelberto**. Tão logo superada essa questão, eu submeto a proposta com as alterações  
1835 necessárias, em função da legislação, ao Conselho Nacional de Saúde. Eu estou indo ao Palácio, eu  
1836 tenho uma reunião agora para discutir saneamento e o Secretário **Antônio Alves** fica autorizado a me  
1837 representar e dar seguimento ao debate." Conselheira **Maria Thereza M. C. Rezende** solicitou ao  
1838 Ministro da Saúde que não encaminhasse a proposta de prorrogação do prazo da consulta pública até  
1839 que o Plenário rediscutisse a questão, à luz das novas informações. O Ministro de Estado da Saúde,  
1840 **José Saraiva Felipe**, respondeu nos seguintes termos: "Eu proponho mais...Na consulta pública, você  
1841 pode...Ninguém entendeu até agora. Eu discuto a consulta pública, mas eu quero saber o que diz o  
1842 artigo 40 da consulta pública. Alguém sabe? Eu gostaria de saber se alguém leu o regulamento. O que  
1843 significa o artigo 40? O que está dito aqui é que até a forma da consulta, até os termos, em uma consulta  
1844 pública, podem ser modificados. Eu estou tentando explicar isso. Alguém pode contestar, inclusive, os  
1845 itens da consulta pública, que é a coisa mais aberta que existe na Administração Pública. Eu estou  
1846 assinando a recomendação para o Ministério da Previdência e pedindo à ANVISA, independente da  
1847 decisão que o Conselho vai tomar e encaminhar para mim, amanhã, eu estou prorrogando o prazo de  
1848 vigência da consulta pública. Obrigado." Conselheira **Zilda Arns Neumann** agradeceu a presença do  
1849 Ministro da Saúde e abriu a palavra para novas considerações do Plenário. Conselheira **Solange**  
1850 **Gonçalves Belchior** destacou que o Plenário não apresentou crítica ao conteúdo da consulta pública,  
1851 mas sim, à forma como foi encaminhada, visto que os trabalhadores da saúde, que trabalham com o  
1852 medicamento, por exemplo, não tinham conhecimento da sua existência. Nessa linha, considerando a  
1853 proposta do Ministro da Saúde, disse que a ampliação da consulta por mais trinta dias não permitiria às  
1854 entidades e aos vários segmentos discuti-la e apresentar contribuições. Além disso, registrou a  
1855 necessidade de a ANVISA e outras áreas do Ministério da Saúde, quando fosse colocar sob consulta  
1856 pública matéria pela qual a sociedade civil tinha apreço e mobilização, comunicassem os entes que  
1857 trabalhavam na área. Finalizando, solicitou que fosse discutido o prazo necessário para que as entidades  
1858 apresentassem contribuições à consulta pública e que houvesse o compromisso do Ministério da Saúde  
1859 em não implementar os resultados da consulta antes de o Conselho apreciar e deliberar sobre o seu  
1860 conteúdo. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu que o Plenário defuisse o prazo necessário para

que as entidades pudessem contribuir com a consulta pública. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, representando o Ministro de Estado da Saúde, manifestou-se nos seguintes termos: "Acho que nós poderíamos aproveitar esse momento para fazer uma reflexão. Ontem, por exemplo, quando esse assunto foi trazido, ele veio de repente, não estava pautado, mas consideramos a importância da questão e a necessidade da discussão. Porém, quando deliberamos, não tínhamos todos os elementos. Eu, por exemplo, não sabia que a consulta pública encerrava-se no dia 14 de novembro, segunda-feira. Se tivesse conhecimento, eu teria votado contra porque não tem sentido aprovar uma resolução que, quando fosse publicada no Diário Oficial, a consulta já estava encerrada. Isso é ruim para o próprio Conselho. Tomar decisões intempestivamente, sem debater o assunto profundamente é ruim. Acho que podemos rever essa decisão. Daí sugeri ao Ministro da Saúde para trazermos os resultados da consulta, que estava na rua há dois meses e, com certeza, com várias sugestões. Então, eu acho que, se o Conselho constituísse uma comissão, inclusive com representantes desses grupos que foram colocados na proposta de resolução e fizesse uma discussão sobre o resultado da consulta pública, que trouxesse para o Conselho deliberar sobre isso, nós teríamos mais sucesso do que talvez prorrogar esse prazo e garantir mais tempo para debate. Se o Conselho entendeu que tinha que interromper e hoje prorrogar, acho que seria uma contradição à decisão de ontem. Acho que o ideal seria que o Conselho constituísse um grupo, inclusive com representantes do MORHAN, da ABPST e outros setores que o Conselho achar importante e solicitar a ANVISA que encaminhe o resultado da consulta para ser discutido. Acho que isso teria mais ganho. A proposta seria uma revisão do que aprovamos ontem, porque nós deliberamos pelo fim da consulta pública que já acabou. Portanto, trata-se de uma resolução que não tem aplicabilidade na prática, porque dia 14, segunda-feira, a consulta não estará mais na rua. Assim, o item 1 da resolução que nós aprovamos ontem não tem sentido, suspender a consulta imediatamente. O Ministro apresentou a proposta de prorrogar o prazo da consulta. Eu acho que nós deveríamos formar um grupo técnico para analisar os resultados da consulta pública e aprovar o resultado final. Essa seria a proposta. Se for necessário, abre-se uma nova consulta pública. "Conselheiro **Willian Saad Hossne** explicou que a talidomida, para ser utilizada no tratamento de novas doenças, deveria ser testada em três animais e não apenas em um, como previa anteriormente resolução do CNS. Além disso, destacou que os casos para os quais a substância não era consagrada deveriam ser considerados projetos de pesquisas e como tal deveriam ser submetidos à apreciação da CONEP/CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** endossou as falas dos Conselheiros **Antônio Alves de Souza** e **Willian Saad Hossne**. Conselheiro **Ciro Mortella** fez uma reflexão sobre o fato de a consulta pública estar em andamento há dois meses e o CNS indicar o seu encerramento a dois dias do seu encerramento. Além disso, reiterou que o CNS poderia intervir na consulta pública e modificar, inclusive, os seus termos. Conselheira **Silvia Marques Dantas** concordou com a proposta do Conselheiro **Antônio Alves de Souza** e inclusive manifestou o interesse do Movimento de Mulheres em participar do grupo para discutir o resultado da consulta pública. Feitas essas considerações, Conselheiro **Antônio Alves de Souza** apresentou nova proposta de redação para resolução, nos seguintes termos: considerando o registro de um novo caso de síndrome de talidomida; considerando o fato de o Brasil ser o País que possui a maior produção e utilização mundial da droga; e considerando a necessidade de se ampliar ao máximo a participação da sociedade civil sobre a questão, resolve: **1)** que o Ministério da Saúde/ANVISA encaminhará ao CNS as sugestões apresentadas à consulta pública nº 63, de 14 de setembro de 2005, para avaliação; e **2)** o CNS constituirá grupo de trabalho, com representações inclusive do MORHAN, da ABPST, bem como das áreas técnicas do Ministério da Saúde que trabalham na área, para analisar o resultado da consulta pública, a ser apreciada pelo Plenário. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** fez a leitura de nova proposta de redação ao item 1 da resolução: que a ANVISA encaminhe ao CNS, antes de outras audiências públicas sobre o assunto, as sugestões apresentadas à consulta pública. Após novas considerações, a mesa apresentou a proposta de incluir terceiro item na resolução nos seguintes termos: que o Ministério da Saúde/ANVISA não prorogue o prazo da consulta pública, nem publique qualquer resolução, antes da manifestação do Ministério da Saúde. Não havendo novas propostas de encaminhamento, Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** colocou em votação o novo texto da resolução nos seguintes termos: considerando o registro de um novo caso de síndrome de talidomida; considerando o fato de o Brasil ser o País que possui a maior produção e utilização mundial da droga; e considerando a necessidade de se ampliar ao máximo a participação da sociedade civil sobre a questão, o CNS resolve: **1)** que o Ministério da Saúde/ANVISA encaminhará ao CNS as sugestões apresentadas à consulta pública nº 63, de 14 de setembro de 2005, para avaliação; **2)** constituir grupo de trabalho, com representações inclusive do MORHAN, da ABPST, bem como das áreas técnicas do Ministério da Saúde que trabalham na área, para analisar o resultado da consulta pública, a ser apreciado pelo Plenário; e **3)** que o Ministério da Saúde/ANVISA não deverá prorrogar o prazo da consulta pública, nem publicar qualquer resolução, antes da manifestação do Conselho Nacional de Saúde. **A proposta foi aprovada com 17 votos favoráveis. Um voto contrário.** **Quatro abstenções.** Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item 7 da pauta. **ITEM 7 – PROCESSO ELEITORAL DO CNS** – Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** assumiu a coordenação dos trabalhos e informou que a minuta de decreto presidencial referente à composição e processo eleitoral

do CNS estava sob análise do setor jurídico do Ministério da Saúde e o mandato dos atuais conselheiros encerrava-se no dia 30 de dezembro de 2005. Feita essa consideração, abriu a palavra para maiores esclarecimentos sobre o processo. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que, conforme dispõe a minuta de decreto, a eleição deveria ocorrer em até 75 dias, após a publicação do decreto, e o mandato dos conselheiros encerrava-se em 90 dias. Feitas essas considerações iniciais, foi aberta a palavra ao Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, que informou o Plenário sobre a análise da minuta de decreto presidencial referente à composição e processo eleitoral do CNS, pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR/MS). Explicou que a CONJUR/MS analisou a minuta e emitiu parecer, em especial, à luz da Lei nº 8.142/90, tendo sido destacados os seguintes aspectos: utilização do termo “trabalhadores da saúde” a “profissionais de saúde”, conforme a Lei nº 8.142/90 e utilização do termo “entidades patronais”, que não estava previsto na referida Lei. Em sendo assim, disse que estava sendo construída proposta concernente à composição do CNS, a ser apresentada ao Plenário, nos seguintes termos: inciso I - representantes dos usuários; inciso II – representantes dos profissionais de saúde; inciso III – representantes do governo; inciso IV – representantes do CONASS e CONASEMS; e inciso V – representantes dos prestadores de serviços. Ressaltou que a CONJUR/MS também destacou o critério de abrangência nacional das entidades – representação em pelo menos três Regiões do País – e propôs que essa abrangência fosse caracterizada por “representação em algumas Unidades da Federação”. Além disso, informou que foi proposta mudança dos prazos para a realização da eleição e para o encerramento do mandato, sendo: realização da eleição em “até” 75 dias após a publicação do mandato e encerramento do mandato dos atuais conselheiros 30 dias após a conclusão do processo eleitoral. Explicou que essas alterações seriam discutidas com o Ministro de Estado da Saúde e com o CNS, a fim de evitar questionamentos quanto aos aspectos da legalidade, por parte da Casa Civil. Conselheira **Júlia Maria Roland** solicitou que as sugestões de alteração ao decreto fossem distribuídas aos conselheiros por escrito, a fim de serem analisadas. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** lembrou que o envio de proposta de legislação do Ministro da Saúde para o Presidente da República tinha que ser feito por meio do sistema eletrônico chamado SIDOF, contudo, o documento teria que ter um parecer da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde que não poderia ser contrário ao proposto. Após esse esclarecimento, Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** abriu a palavra para considerações dos conselheiros. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** manifestou dúvida em relação à composição do segmento de gestores e prestadores, uma vez que CONASS e CONASEMS possuíam vaga reservada no âmbito do segmento dos gestores. Também destacou que o parecer da CONJUR/MS, por propor alterações de mérito à minuta de decreto, teria que ser apreciado e votado no CNS, o que poderia implicar em nova prorrogação do mandato dos atuais conselheiros. Nesse sentido, sugeriu que o Plenário se manifestasse sobre as questões colocadas pelo Conselheiro **Antônio Alves de Souza** naquele momento. Conselheiro **Eni Carajá Filho** disse que seria necessário definir com muito cuidado os critérios de abrangência nacional das entidades, de forma a não impedir a participação de entidades importantes no processo eleitoral. Além disso, sugeriu a divulgação de Nota de Esclarecimento, no jornal do CNS, explicitando os motivos do atraso da eleição. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** destacou que o Plenário teria que considerar as alterações da CONJUR, em especial no que diz respeito à composição do CNS que, conforme a Lei nº 8.142, era tetrapartite e não tripartite. Além disso, destacou que as alterações da CONJUR/CNS afetariam, além da eleição, a Resolução nº 333, que determina composição tripartite dos conselhos e condicionava os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais do País. Nesse sentido, disse que era preciso rediscutir a Resolução nº 333 e a definição da composição do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, fez um resgate dos Decretos que definiram a composição do CNS (nº 99.438/90, nº 1.448/95, nº 4.878/03 e três decretos posteriores a esse de prorrogação de mandato dos conselheiros) para esclarecer questões relativas à eleição do CNS. Explicou que, considerando o encerramento do mandato dos atuais conselheiros em 31 de dezembro de 2005, o Plenário teria que se manifestar sobre as questões colocadas pela CONJUR/MS naquela reunião. Disse que a CCG avaliou que não havia problemas em adequar a minuta de decreto à Lei nº 8.142/90, todavia, o Plenário teria que debater a questão da abrangência das entidades. Além disso, destacou que a prorrogação do mandato dos conselheiros foi feita na vigência do Decreto nº 4.878/03, com a composição definida no Decreto 99.438/90, o que impedia a realização da eleição no formato que vinha sendo feita. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** avaliou que o Conselho estava funcionando de modo imperfeito, do ponto de vista jurídico, pois o Decreto nº 4.878/03, diferente da Lei nº 8.142/90, definia que o CNS era composto por três segmentos. Conselheiro **Eni Carajá Filho** propôs que o Plenário discutisse apenas a questão da abrangência nacional das entidades e recomendasse a publicação do decreto o mais rápido possível. Além disso, disse ser necessário debater a questão do mandato dos conselheiros. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** apresentou as propostas de encaminhamento apresentadas até aquele momento, sendo: constituir grupo para, *ad referendum* do Plenário, discutir com a CONJUR/MS as propostas de alteração da minuta de decreto, na perspectiva de ser publicado antes da próxima reunião e evitar nova prorrogação do mandato dos conselheiros; responder às questões colocadas pela CONJUR/MS na reunião, a fim de que servissem de subsídio

1985 para discussão do grupo com a Consultoria Jurídica; e aguardar a conclusão do parecer jurídico, a ser  
1986 encaminhado à apreciação do CNS. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, considerando que as  
1987 adequações do decreto à Lei nº 8.142/90 não tinham que ser discutidas, sugeriu que o grupo, a ser  
1988 constituído, fosse consultado sobre as mudanças de mérito, a exemplo do critério de abrangência  
1989 nacional das entidades. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** destacou que a CONJUR/MS  
1990 questionou a composição do CNS, por contrariar a Lei nº 8.142/90 que determina quatro segmentos e  
1991 não três. Desse modo, disse que as três propostas de encaminhamentos não poderiam ser apreciadas,  
1992 pois não se viabilizariam, sendo necessário reabrir o debate sobre a composição do CNS e o processo  
1993 eleitoral. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou que as propostas de alteração da CONJUR/MS  
1994 à composição do CNS não alteravam o mérito do decreto, sendo elas: trabalhadores da saúde para  
1995 profissionais da saúde; e governo para gestores. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** explicou  
1996 que, na Lei nº 8.142/90, gestores e prestadores de serviços não congregavam o mesmo segmento, ao  
1997 contrário do proposto no decreto. Além disso, destacou que a proposta de substituir “trabalhadores da  
1998 saúde” para “profissionais da saúde” afetaria a composição do Conselho. Conselheiro **Clóvis A.**  
1999 **Boufleur** consultou o Plenário sobre a proposta de reabrir o debate sobre a composição do CNS. **O**  
2000 **Plenário não concordou com a proposta.** Diante dessa posição, abriu a palavra para apresentação de  
2001 encaminhamentos a respeito do processo eleitoral. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** sugeriu que  
2002 fosse delegada a CCG a proposta de discutir com a CONJUR/MS as alterações do decreto. Em relação  
2003 à abrangência nacional das entidades, propôs que fossem considerados como critérios:  
2004 representatividade em, no mínimo, Três Regiões e, em pelo menos, um terço dos Estados Brasileiros. O  
2005 advogado **Vítor Paiva**, consultor jurídico do CNS, sugeriu a distinção entre candidatos e eleitores, pois,  
2006 da forma como o processo eleitoral fora construído, quanto maior a restrição, mais reduzido se tornava o  
2007 universo de eleitores e menos democrática a eleição. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**  
2008 destacou que essa proposta de critérios não restringiria a participação das entidades no processo  
2009 eleitoral. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** consultou o Plenário sobre a proposta de delegar a CCG a  
2010 tarefa de analisar as propostas de alterações jurídicas da CONJUR/MS ao decreto e, *ad referendum* do  
2011 Pleno do CNS, decidir sobre as mesmas, a fim de agilizar o envio à Casa Civil. Conselheiro **Francisco**  
2012 **das Chagas Monteiro** sugeriu que, independente desse encaminhamento, fosse solicitada a presença  
2013 de representante da CONJUR/MS, no segundo dia de reunião, para apresentar as alterações e as suas  
2014 justificativas. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que os ajustes jurídicos fossem feitos  
2015 de imediato, mas que as questões de mérito retornassem ao Plenário para serem rediscutidas. Feitas  
2016 essas considerações, Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** colocou em votação a proposta de  
2017 encaminhamento: **a CCG ad referendum do Pleno do CNS faria a análise das propostas de**  
2018 **alterações jurídicas da CONJUR/MS ao decreto. Os ajustes jurídicos seriam feitos de imediato e**  
2019 **as polêmicas de mérito deveriam retornar ao Plenário para serem rediscutidas. A proposta foi**  
2020 **aprovada com um voto contrário.** Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo** registrou que era contrário à  
2021 proposta, por considerar que o parecer da CONJUR/CNS alteraria o mérito das questões aprovadas pelo  
2022 CNS. Além disso, o Plenário aprovou, por unanimidade, as propostas de convocar representantes  
2023 da CONJUR/MS para apresentar e justificar as propostas de alteração ao decreto e de publicar  
2024 **Nota de Esclarecimento, no jornal do CNS, explicitando os motivos do atraso da eleição.** Na  
2025 seqüência, fez uso da palavra a representante da ASCOM/MS, **Marilene Rocha**, que apresentou os  
2026 espaços disponíveis para a realização da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da  
2027 Educação na Saúde. Explicou que, considerando os espaços físicos necessários à realização - um  
2028 auditório para 600 pessoas; três auditórios para 400 pessoas; 14 salas de apoio; foyer para estandes; e  
2029 outras áreas, chegou-se aos seguintes locais, com as respectivas datas: **1)** Academia de Tênis/Park Fair  
2030 – períodos de 15 a 18 de março de 2006 e de 27 a 30 de março; **2)** Marina Hall – períodos de 15 a 18 de  
2031 março de 2006 e de 27 a 30 de março de 2006; e **3)** Blue Tree Park - períodos de 1º a 7 de março de  
2032 2006 e de 27 a 30 de março de 2006; e de 29 de abril a 4 de maio de 2006. Na seqüência, passou a  
2033 apresentação do custo estimado dos locais supracitados: **1)** Blue Tree Park – R\$ 180 mil (um auditório  
2034 para 600 pessoas; três auditórios para 400 pessoas; 14 salas de apoio; foyer para estandes; e outras  
2035 áreas). Todos os espaços prontos; **2)** Academia de Tênis/Park Fair – R\$ 420 mil (um auditório para 600  
2036 pessoas; três auditórios para 400 pessoas; 14 salas de apoio; foyer para estandes; e outras áreas).  
2037 Todos os espaços serão construídos; e **3)** Marina Hall – R\$ 470 mil (um auditório para 600 pessoas; três  
2038 auditórios para 400 pessoas; 14 salas de apoio; foyer para estandes; e outras áreas). Todos os espaços  
2039 serão construídos. Em seguida, destacou os locais prováveis para a realização da Conferência Nacional  
2040 de Saúde Indígena e respectivas datas: CNTI – mês de março de 2006 – livre; e Pousada do Rio Quente  
2041 – 27 a 30 de março de 2006 e 2ª quinzena de abril de 2006. Por fim, destacou que não pesquisou outros  
2042 estados. Diante disso, destacou duas alternativas: realizar a Conferência Nacional de Gestão do  
2043 Trabalho e da Educação na Saúde e a Conferência Nacional de Saúde Indígena na mesma data, a  
2044 primeira no Blue Tree Park, em Brasília e a segunda na Pousada do Rio Quente, em Caldas Novas; ou  
2045 realizar a Conferência Nacional de Saúde Indígena na 2ª quinzena de abril de 2006. Conselheira  
2046 **Graciara Matos de Azevedo** explicou que, no dia anterior o Plenário decidiu que, caso não fosse

possível antecipar a data para a realização da Conferência Nacional de Saúde Indígena, as duas conferências temáticas seriam realizadas no mesmo período. Em sendo assim, o Plenário decidiu que a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde seria realizada de 27 a 30 de março de 2006, no Blue Tree Park, em Brasília; e a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, de 28 a 31 de março de 2006, na Pousada do Rio Quente, em Caldas Novas/GO. Conselheiro Clóvis A. Boufleur acrescentou que a realização da Conferência Nacional de Saúde Indígena na Pousada do Rio Quente restringia as opções de 250 pessoas, representantes de prestadores de serviço e gestores, que, se não fossem hospedadas pelo pacote, teriam que se hospedar em outro local. Entretanto, a falta de opção de outros locais para hospedar-se e o alto custo da diária poderiam prejudicar a participação de delegados representantes de prestadores de serviço e gestores. Assim, solicitou que fosse apresentada previsão de custo para que o Plenário deliberasse sobre essa questão. A representante da ASCOM/MS, Marilene Rocha, disse que era possível fechar pacote, incluindo todos os delegados, sendo que o Ministério da Saúde custearia as despesas com hospedagem dos delegados representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde e os gestores e prestadores de serviço pagariam as suas despesas. Por fim, destacou que faria o cálculo do valor do pacote para apresentar ao CNS. Definido esse ponto, os trabalhos foram interrompidos para o lanche da tarde. Retomando, foi iniciada a discussão do item 5 da pauta. **ITEM 5 – INFORMES E INDICAÇÕES** – A Secretária-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz, de início, informou que os crachás dos conselheiros foram refeitos e, por orientação do Gabinete do Ministro da Saúde, estavam assinados por ela, com validade até dezembro de 2005. Disse que seriam distribuídos posteriormente. Na seqüência, passou ao item do Expediente. 1) Lista de Processos com solicitação de abertura *ad referendum* do Plenário e novos cursos na área da saúde retidos no CNS para emissão de parecer. Explicou que treze processos de abertura de novos cursos na área de odontologia, psicologia e medicina encontravam-se na página do CNS, aguardando parecer e, tendo em vista a decisão do Plenário de voltar a emitir os pareceres, seria necessário definir qual seria a forma para isso. Nesse sentido, explicou que a proposta da Comissão de Coordenação Geral era trabalhar com grupo de conselheiros (“pareceristas”), que seriam responsáveis por levantar, a partir da Resolução nº 350/05, as questões que deveriam constar no processo. A partir daí, um grupo do CNS faria um elenco dessas questões e apresentaria aos conselheiros para análise. Conselheiro Willian Saad Hossne sugeriu que o grupo responsável pela elaboração dos critérios para a abertura de novos cursos na área da saúde fizesse o levantamento das questões que deveriam constar nos processos. Conselheira Graciara Matos de Azevedo disse que a análise do processo de abertura de novos cursos deveria ser feita à luz da necessidade social. Nesse sentido, enfatizou que era preciso constituir novo grupo, com a participação das pessoas que participaram dessa discussão, agregando novas representações, para realizar mapeamento para ver até onde se podia chegar. Contudo, avaliou que não era possível fazer essa análise, a partir da necessidade social, se o Ministério da Saúde, junto com o Ministério da Educação, não explicitasse qual a grade deveria ser valorizada na formação. Conselheira Maria Leda de R. Dantas destacou que não cabia ao CNS determinar a necessidade social de abertura de novos cursos, visto que os conselheiros não eram técnicos. A Secretária-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz, lembrou que o Plenário deliberou, na última reunião, por: retomar a emissão de pareceres para abertura de novos cursos, de acordo com o Decreto nº 3.860; elaborar síntese das discussões sobre abertura de cursos e resoluções para apresentar como subsídios à reforma universitária; e agendar reunião com representantes do Conselho Nacional de Educação para tratar sobre o tema. Em relação à abertura de cursos, reapresentou a proposta de constituir GT para destacar as questões a serem analisadas, com base na Resolução nº 350/05, para emissão dos pareceres. Além disso, destacou que o MEC e MS colocaram-se à disposição para reformatar a questão dos pareceres. Dito isso, perguntou se o Plenário desejava manifestar-se sobre a proposta naquela reunião ou na próxima. Conselheiro Clóvis A. Boufleur disse que era momento de implementar as decisões sobre a matéria, que vinha sendo discutida há muito tempo no CNS. Nesse sentido, destacou a necessidade de articulação, para que o parecer do CNS fosse considerado, com elaboração inclusiva de Portaria Interministerial do MS e do MEC. Além disso, manifestou apoio à proposta da CCG para análise dos processos, contudo, salientou a necessidade de disponibilizar estrutura logística para fazer uma pré-análise dos processos cujo resultado serviria de subsídio para que os conselheiros emitissem os pareceres, que seriam submetidos à apreciação e deliberação do Plenário. Conselheiro Antônio Alves de Souza sugeriu que o CNS recomendasse aos Ministérios da Educação e da Saúde a realização de pesquisa para identificar a real necessidade de recursos humanos para o SUS no Brasil para que os resultados servissem de subsídios para emissão de pareceres sobre os processos de abertura de novos cursos na área da saúde. Disse que, caso isso não acontecesse, o parecer do CNS continuaria a ser apenas político. Além disso, propôs que o Conselho solicitasse ao Ministério da Saúde que assumisse o seu papel de ordenador de recursos humanos do SUS. Conselheiro Francisco Batista Júnior destacou que era preciso modificar a situação dos cursos de saúde e, para isso, disse que, além do levantamento sobre a real necessidade de recursos humanos para o SUS, era preciso ter o mapeamento do número de faculdades. **Sobre essa questão, o Plenário**

2109 **decidiu apreciar a proposta da CCG para análise dos processos de abertura de novos cursos, na**  
2110 **próxima reunião do CNS.** 2) Amostra do Departamento de Apoio à Descentralização sobre Vivências  
2111 Exitosas na Área de Gestão – indicar representante do CNS para integrar a Coordenação da Amostra. A  
2112 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, foi indicada a acompanhar as discussões  
2113 sobre a Amostra. 3) Fórum Social Mundial da Saúde e Fórum Social Mundial – Disse que seria  
2114 necessário indicar oito representantes (4 usuários, 2 trabalhadores da saúde e 2 gestores e prestadores  
2115 de serviço) para participar do FSMS, que será realizado de 22 a 24 de janeiro de 2006 e do FSM, que  
2116 será realizado em Caracas/Venezuela, de 24 a 29 de janeiro de 2006. Além disso, falou sobre a proposta  
2117 de realizar oficina do CNS com o tema “Experiência do Controle Social na Saúde Pública do Brasil”, no  
2118 FSM. A propósito, foi acordado que os nomes seriam apresentados no dia seguinte. 4) Comissão de  
2119 Comunicação do Conselho Nacional de Saúde – Programação do Seminário nacional de Comunicação,  
2120 Informação e Informática em Saúde - A Conselheira **Maria Thereza M. C. Rezende** submeteu à  
2121 apreciação do Plenário a proposta de programação do Seminário Nacional de Comunicação, Informação  
2122 e Informática em Saúde, a realizar-se nos dias 8 e 9 de dezembro de 2005, em Brasília. **A proposta foi**  
2123 **aprovada.** 5) Proposta da Comissão Intersetorial da Pessoa com Deficiência do CNS - Conselheiro  
2124 **Volmir Raimondi** apresentou a proposta de instituir o Programa Nacional de Fornecimento Emergencial  
2125 de Órteses e Próteses, com base na resolução do CNS nº 355, de 17 de setembro de 2005 e o  
2126 Programa Nacional de Atendimento à Criança, ao Adolescente, à Mulher, ao Trabalhador e ao Idoso com  
2127 Deficiência Física. Além disso, apresentou a solicitação de inclusão de itens na Tabela SIA SUS e no  
2128 texto da Portaria, contemplando a área de deficiência visual. **Sobre essa questão, foi acordado que o**  
2129 **Plenário se manifestaria posteriormente, a fim de que os conselheiros tivessem tempo para**  
2130 **analisar melhor o documento.** Conselheira **Maria Thereza M. C. Rezende** solicitou que a COFIN/CNS  
2131 analisasse o Projeto de Lei nº 1.658/03, do Deputado **Alberto Fraga** (PMDB/DF), que altera o artigo 35  
2132 da Lei nº 8.080/90 e emitisse parecer. A Secretaria-Executiva do CNS analisará o Projeto e emitirá  
2133 parecer. Definido esse ponto, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os  
2134 trabalhos do segundo dia de reunião, estando presentes os seguintes Conselheiros: **Antônio Alves de**  
2135 **Souza, Carlos Alberto E. Duarte, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas**  
2136 **Dias Monteiro, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, João José Cândido da Silva,**  
2137 **Luiz Augusto A. Martins, Maria Leda de R. Dantas, Nildes de Oliveira Andrade, Rui Barbosa da**  
2138 **Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi, Zilda Arns Neumann**  
2139 **e Willian Saad Hossne.** Suplentes: **Ciro Mortella, Fernando Luiz Eliotério, Gerônimo Paludo, Júlia**  
2140 **Maria S. Roland, Luiz Gonzaga de Araújo, Marcelo de Ávila Rosa, Maria Irene Monteiro Magalhães,**  
2141 **Maria Thereza Almeida Antunes, Maria Thereza M. C. Rezende, Mauro Fernando Schmidt, Ruth**  
2142 **Ribeiro Bittencourt e Wilson Valério Lopes.** A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**  
2143 **Cruz**, iniciou os trabalhos do terceiro dia de reunião, destacando os pontos pendentes para os quais  
2144 seria necessário definir encaminhamento: processo eleitoral, informes e indicação, relatório da CCG e  
2145 Comissões e GTs do CNS. De início, foi retomada a discussão sobre o processo eleitoral. Conselheiro  
2146 **Carlos Alberto Duarte** destacou que o Plenário deveria manifestar-se sobre o critério de abrangência  
2147 das entidades e movimentos. A propósito, reapresentou a proposta de definir como critério:  
2148 representatividade em, no mínimo, Três Regiões do País e, em pelo menos, um terço dos Estados  
2149 Brasileiros. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que o Plenário solicitasse ao Presidente do  
2150 CNS maior agilidade no processo de análise da minuta de decreto, a fim de ser encaminhada, o mais  
2151 rápido possível, à Casa Civil. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** informou que o consultor da  
2152 CONJUR, responsável pelas mudanças no decreto, estava fora de Brasília e retornaria no dia seguinte,  
2153 11 de novembro de 2005. Diante disso, a chefe do Gabinete do Ministro da Saúde comprometeu-se a  
2154 realizar reunião, nesse dia, entre o consultor da CONJUR/MS e a Secretaria-Executiva do CNS, para  
2155 encaminhar a questão. Além disso, endossou a proposta apresentada pelo Conselheiro **Carlos Alberto**  
2156 **Duarte.** Em não havendo novas propostas, a Secretaria-Executiva do CNS, colocou em votação a  
2157 proposta de definir como critério para caracterizar a abrangência nacional das entidades:  
2158 representatividade em, no mínimo, três Regiões do País e, em pelo menos, um terço das  
2159 Unidades Federativas do Brasil. **A proposta foi aprovada por unanimidade.** A Secretaria-Executiva  
2160 do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que o Plenário definiu, no dia anterior, que o decreto  
2161 deveria ser adequado aos termos da Lei nº 8.142/90, a eleição seria realizada em até 75 dias após a  
2162 publicação do decreto e a posse dos conselheiros ocorreria 30 dias após o encerramento do processo  
2163 eleitoral. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou que, caso houvesse atraso na assinatura do  
2164 decreto, que se buscasse outra alternativa para evitar nova prorrogação do mandato. Conselheira  
2165 **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que, no caso de inviabilidade legal da realização das eleições,  
2166 que houvesse o compromisso do Pleno de renovação dos membros do Conselho. Conselheiro  
2167 **Francisco Batista Júnior** sugeriu que a CCG, no dia em que se reunisse, procurasse o Ministro da  
2168 Saúde para tratar sobre o encaminhamento do processo eleitoral. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**  
2169 propôs que a CCG se reunisse em caráter ordinário para discutir como encaminhar o processo eleitoral.  
2170 **Sobre essa questão, o Plenário aprovou a proposta da Conselheira Júlia Maria Roland: solicitar**

2171 **audiência com o ministro de Estado da Saúde, em caráter de urgência, para tratar sobre o**  
2172 **processo eleitoral e marcar a próxima reunião da CCG, após definir a data da audiência.** A CCG  
2173 comunicaria os conselheiros sobre os resultados da audiência. Seguindo, a Secretaria-Executiva do  
2174 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, retomou a discussão do item informes e indicações. De início, solicitou  
2175 que os segmentos indicassem os nomes para participar do FSMS, que será realizado de 22 a 24 de  
2176 janeiro de 2006 e do FSM, que será realizado em Caracas/Venezuela, de 24 a 29 de janeiro de 2006,  
2177 bem como para a oficina do CNS sobre o tema “Experiência do Controle Social na Saúde Pública do  
2178 Brasil”, no FSM. **Foram indicados: 1) segmento dos trabalhadores – Solange Gonçalves Belchior e**  
2179 **Francisco Batista Júnior; e 2) segmento dos Gestores e Prestadores de Serviço – Antônio Alves**  
2180 **de Souza e José Eri Medeiros. O segmento dos usuários indicaria os nomes dos seus**  
2181 **representantes no período da tarde.** Conselheiro **José Eri Medeiros** solicitou que as entidades que  
2182 compõem o CNS também se inscrevessem para participar do FSM, com vistas a divulgar as  
2183 experiências do Brasil em controle social. As inscrições encerrar-se-iam no dia 15 de novembro de 2005.  
2184 Na seqüência, a Secretaria-Executiva do CNS passou às indicações: **1)** Conferência Estadual de Saúde  
2185 do Trabalhador de Goiás – Convite para que representante do CNS acompanhe atividade que será  
2186 realizada dias 11 e 12 de novembro de 2005, em Goiânia/GO. *Indicação:* Conselheiro **José Carrijo.** **2)**  
2187 VIII Conferência Municipal de Saúde de Santarém/PA – Convite para falar em Conferência Magna sobre  
2188 “Controle Social, assegurando a qualidade no Sistema Único de Saúde”. Data: 23 de novembro de 2005,  
2189 das 9 às 10 horas. *Indicação:* Conselheira **Silvia Marques Dantas.** **3)** 3ª Conferência Estadual de  
2190 Gestão do Trabalho e Educação na Saúde de Espírito Santo – Convidou o CNS para palestrar sobre o  
2191 Tema: “Controle Social na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde” no dia 1º de dezembro de  
2192 2005, às 9 horas e para Cerimônia de Abertura no dia 30 de novembro de 2005, às 19 horas. *Indicação:*  
2193 Conselheiro **Eni Carajá Filho.** **4)** 1ª Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
2194 do Pará – o Conselho Estadual de Saúde do Pará convidou o CNS para palestrar sobre “Controle Social  
2195 na Gestão do Trabalho e Educação em Saúde”. Data: 13 de dezembro de 2005, às 15 horas. Local:  
2196 Belém/PA. *Indicação:* Conselheira **Solange Gonçalves Belchior.** **5)** 24º Fórum de Debates Projeto  
2197 Brasil ‘Universalização de Medicamentos: a legítima quebra de patentes’ – A Agência Dinheiro Vivo  
2198 convidou o CNS para participar do evento. Data: 24 de novembro de 2005. Local: São Paulo. Inscrições:  
2199 R\$ 310,00. A questão seria definida no decorrer do relatório da CCG. **6)** Seminário de Implantação das  
2200 Câmaras Setoriais da ANVISA – Solicitação de indicação de um conselheiro para acompanhar a  
2201 instalação de Câmaras Setoriais de Cosméticos, Medicamentos, Serviços de Saúde, Produtos para a  
2202 Saúde e de Propaganda e Publicidade de Produtos sujeitos à Vigilância Sanitária. Data: 30 de novembro  
2203 de 2005, das 8 às 12 horas. Local: Brasília/DF. Um conselheiro do CNS deverá acompanhar a instalação  
2204 das Câmaras. *Indicação:* Conselheira **Margarida Maria S. da Silva.** **7)** Seminário de Comunicação,  
2205 Educação e Mobilização em Vigilância Sanitária – VISA Mobiliza – A ANVISA convidou representante do  
2206 CNS para participar do evento. Data: de 7 a 9 de dezembro de 2005. Local: a ser definido. Não houve  
2207 indicação. **8)** 5ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e  
2208 Controle de Doenças (EXPOEPI) – O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em  
2209 Saúde (SVS), convida o CNS para participar da abertura do evento. Data: 4 de dezembro, às 19 horas. A  
2210 Mostra será realizada de 4 a 6 de dezembro de 2005, no Blue Tree Park, em Brasília/DF. Não houve  
2211 indicação, pois a data coincide com a realização da 13ª Plenária Nacional de Conselhos. **9)** Seminário de  
2212 Gestão de Tecnologias em Saúde – A Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos do  
2213 Ministério da Saúde convidou um representante do CNS para ser debatedor na mesa-redonda “A  
2214 Experiência Internacional no Desenvolvimento de Redes de Avaliação de Tecnologias em Saúde”  
2215 durante o seminário que será realizado de 5 a 7 de dezembro de 2005, em Belo Horizonte/MG. Não  
2216 houve indicação, pois a data coincide com a realização da 13ª Plenária Nacional de Conselhos de  
2217 Saúde. **10)** Oficina “Ações para Estruturação do Centro Nacional de Informação em Economia da Saúde,  
2218 Farmacoeconomia e Avaliação Tecnológica” – O Departamento de Economia em Saúde da Secretaria  
2219 de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde convidou o CNS para participar da  
2220 oficina que será realizada no dia 30 de novembro de 2005, em Belo Horizonte/MG. A Oficina antecederá  
2221 a II Jornada Nacional de Economia em Saúde. Não houve indicação. **11)** II Encontro Gaúcho de  
2222 Portadores de Doença Renal Crônica – A Associação Pró-Rim de Bento Gonçalves convida o CNS para  
2223 participar do evento. Data: 26 e 27 de novembro de 2005. Local: Bento Gonçalves/RS. Indicação:  
2224 Conselheiro **Volmir Raimondi ou Maria Helena Baumgarten.** **12)** Substituição do Conselheiro **Carlos**  
2225 **Alberto Duarte** na Comissão de Coordenação Geral do CNS, no Grupo de Trabalho Capacitação de  
2226 Conselheiros e na Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. O Plenário referendou as  
2227 seguintes indicações do segmento dos usuários: GT de Capacitação – **Volmir Raimondi**; e Plenária de  
2228 Conselhos de Saúde - **Eni Carajá Filho.** A indicação para a CCG seria feita posteriormente. **13)** Oficina  
2229 de Trabalho Regulação da Propaganda de Medicamentos. Data: 10 e 11 de dezembro de 2005. Local:  
2230 ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro/RJ. Na seqüência, foi feita a apresentação dos informes: **14)** Comissão  
2231 Brasileira do Braille – A União Brasileira de Cegos (UBC) convocou os interessados em participar do  
2232 processo de seleção de novos membros para a Comissão Brasileira do Braille. Os currículos serão

2233 admitidos até o dia 30 de novembro de 2005 e a eleição ocorrerá dia 17 de dezembro de 2005. **15)**  
2234 Seminário de Instalação da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS/RS – No dia 26 de  
2235 novembro de 2005 foi realizado seminário e instalação da Mesa Estadual de Negociação Permanente do  
2236 SUS do Rio Grande do Sul. **16)** A Coordenação Nacional do Subgrupo de Trabalho nº 11  
2237 “Saúde”/MERCOSUL encaminhou a ata nº 02/05 e anexos da XXV Reunião Ordinária do Subgrupo de  
2238 Trabalho nº 11 “Saúde”/MERCOSUL, realizada em Montevidéu/Uruguai, no período de 3 a 7 de outubro  
2239 de 2005. O CD está na SE/CNS à disposição dos interessados. **17)** A Coordenação Geral do Sistema  
2240 Nacional de Transplantes da Secretaria de Atenção à Saúde/MS encaminhou documento referente à  
2241 mudança de critérios para transplante no Brasil. Encaminhamento: Os Conselheiros **Volmir Raimondi** e  
2242 **William Saad Hossne** analisarão o documento para que, a partir da análise, o Plenário defenisse melhor  
2243 encaminhamento para a questão. **18)** O Ministro de Estado da Saúde convidou o CNS para a cerimônia  
2244 de lançamento do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras). Data: 10 de novembro de  
2245 2005. Local: Uruguaiana/RS. Não houve indicação. **19)** O Ministro de Estado da Saúde convidou o CNS  
2246 para a Cerimônia em homenagem aos colaboradores da reforma dos Serviços de Saúde Mental na  
2247 América Latina que ocorreria durante a realização da conferência “Saúde Mental: 15 anos depois de  
2248 Caracas”. Data: 8 de novembro de 2005. Local: OPAS, Brasília. Não houve indicação. Na seqüência, foi  
2249 aberta a palavra aos conselheiros para apresentação de outros informes. Conselheira **Graciara Matos**  
2250 **de Azevedo** falou sobre a 3ª Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, prevista para  
2251 realizar-se nos dias 16, 17 e 18 de novembro de 2005 e sugeriu que o Plenário verificasse a  
2252 possibilidade de participação dos conselheiros na condição de convidados. Conforme informações da  
2253 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS, os conselheiros interessados em  
2254 participar da Conferência poderiam inscrever-se pelo endereço [www.cgee.gov.br/cncti3](http://www.cgee.gov.br/cncti3). Congresso  
2255 Internacional de Medicina Veterinária. Data: 25 de novembro de 2005. Local: Guarapari, ES. O segmento  
2256 dos usuários comprometeu-se a indicar um nome até o final da reunião para participar do evento.  
2257 Conselheira **Zilda Arns** informou que participara de audiência, no dia 9 de novembro de 2005, com o  
2258 Presidente da Câmara dos Deputados, **Aldo Rebelo**, que tratou sobre a regulamentação da EC nº 29.  
2259 Disse que a votação da regulamentação da EC nº 29, no plenário da Câmara, estava prevista para o dia  
2260 23 de novembro de 2005, às 10 horas. Nesse sentido, destacou a necessidade de o CNS mobilizar-se  
2261 para garantir a aprovação da regulamentação. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** informou que  
2262 haveria manifestação pela regulamentação da EC nº 29, no dia 23 de novembro de 2005 e ponderou  
2263 sobre a possibilidade de os delegados da Conferência de Saúde do Trabalhador, que começa no dia 24,  
2264 anteciparem a vinda a Brasília, para participar da atividade. **A propósito, o Plenário definiu que o**  
2265 **Conselheiro José Eri Medeiros acompanharia o processo de votação da regulamentação da EC nº**  
2266 **29 na Câmara dos Deputados e seria divulgada mensagem na página do CNS, destacando a**  
2267 **importância da participação dos delegados da Conferência na mobilização.** Conselheiro **Eni Carajá**  
2268 **Filho** denunciou o problema de distribuição de medicamentos no Estado de Minas Gerais (10 caminhões  
2269 de medicamentos vencidos e desperdiçados). Disse que essa denúncia fora encaminhada ao DENASUS  
2270 e o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais pautou a sua discussão para o dia 21 de novembro de  
2271 2005. **Sobre essa questão, foi definido que o CNS informaria o CES/MG sobre o posicionamento**  
2272 **do DENASUS acerca da denúncia para que o mesmo tomasse as devidas providências.**  
2273 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** propôs que, na próxima reunião do CNS, os conselheiros se  
2274 manifestassem a respeito da nota técnica do Ministério da Saúde, justificando os motivos para a não  
2275 homologação da Resolução do CNS nº 325/05, que dispõe sobre licenciamento compulsório.  
2276 Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** informou a realização do seminário Águas Minerais e solicitou  
2277 que fosse reservado espaço na próxima reunião do CNS para a apresentação dos seus resultados.  
2278 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que a Secretaria-Executiva do CNS se cadastrasse  
2279 para receber informações sobre as consultas públicas da ANVISA. Conselheira **Maria Thereza M. C.**  
2280 **Rezende** solicitou a indicação de nomes para as mesas-redondas da CNST. **As mesas-redondas eram**  
2281 **atividades pré-Conferência, assim, os interessados em participar das mesmas deveriam**  
2282 **manifestar-se até o final da reunião.** Na seqüência, procedeu-se ao item 6 da pauta. **ITEM 6 –**  
2283 **RELATÓRIO DA COMISSÃO DE COORDENAÇÃO GERAL PARA ANÁLISE E DELIBERAÇÕES -**  
2284 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou o relatório da reunião da Comissão de Coordenação  
2285 Geral (CCG), realizada no dia 1º de novembro de 2005. De início, destacou os encaminhamentos das  
2286 questões discutidas na 159ª Reunião Ordinária: **1)** Avaliação do Programa Nacional de AIDS sobre a  
2287 descentralização e repasse de Recursos. *Encaminhamento:* que o Grupo de Trabalho de DST/AIDS  
2288 debatesse o assunto após a discussão e deliberação sobre a proposta de mudança de GT para  
2289 comissão. **2)** Solicitação do Fórum de Entidades de Trabalhadores na Área da Saúde que a Comissão  
2290 Intersetorial de Recursos Humanos discutisse a avaliação da educação permanente. *Encaminhamento:*  
2291 foi encaminhado à próxima reunião da Comissão, que ainda não tinha data agendada. Conselheira  
2292 **Marisa Fúria** foi indicada pelo Fórum dos Usuários para compor a CIRH. (Informe do Conselheiro **Eni**  
2293 **Carajá).** **3)** Abertura de Novos Cursos na Área de Saúde. *Encaminhamento:* a última reunião do CNS  
2294 aprovou a retomada de emissão de pareceres. A Secretaria-Executiva do CNS está elaborando uma

2295 proposta para atender a essa ação que requer pessoal e organização técnica. **4)** Política Nacional de  
2296 Medicina Natural e Práticas Complementares. *Encaminhamento*: discussão pautada na 160ª Reunião  
2297 Ordinária do CNS. **5)** Projeto de Lei do Senado nº 297/2005, do Senador Antônio Carlos Valadares  
2298 (Fluoretação das Águas). *Encaminhamento*: preparar parecer. **6)** Os documentos do CNS não terão mais  
2299 folha de rosto e sim cabeçalho. **7)** Eleições do CNS. *Encaminhamentos*: o Conselheiro **Antonio Alves**  
2300 apresentou o parecer emitido pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR/MS), acerca da  
2301 minuta de Decreto Presidencial referente à composição e ao processo eleitoral do CNS.  
2302 *Encaminhamento*: o tema será pautado na 160ª Reunião Ordinária. **8)** Eliminação da Hanseníase.  
2303 *Encaminhamento*: foi solicitado que a Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase (CIEH)  
2304 contatasse o Estado do Maranhão para consecução do Plano de Trabalho da CIEH, sendo o dia 30 de  
2305 janeiro de 2006, a data para primeira atividade no respectivo Estado. Segundo, apresentou os  
2306 encaminhamentos gerais da reunião da CCG: **1)** O título que consta dos documentos da 3ª Conferência  
2307 Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde é: Trabalhadores da Saúde e a Saúde de todos  
2308 os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. No entanto, a frase “(...) saúde de  
2309 todos os brasileiros”, pode ser considerada como restritiva. Assim, propõe-se que os documentos que  
2310 sejam publicados de agora em diante conste “a saúde de todos”. **2)** Parceria proposta pelo Projeto Brasil  
2311 (Agência Dinheiro Vivo) para divulgação do 24º Fórum de Debates “Universalização de Medicamentos: A  
2312 legítima quebra de patentes”. *Encaminhamento*: A Comissão de Coordenação Geral considerou não ser  
2313 oportuna a divulgação de eventos na página do CNS e remeteu para informes e indicações a análise do  
2314 CNS sobre sua participação na atividade. O Conselheiro **Mário César Scheffer** foi indicado para  
2315 acompanhar o Fórum. **3)** Proposição de Expositores dos Painéis da 3ª Conferência Nacional de Saúde  
2316 do Trabalhador. *Encaminhamento*: Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo** apresentou a CCG a  
2317 conclusão da Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador sobre esta  
2318 questão. **4)** Urgências e Emergências. *Encaminhamento*: sugerir ao Conselheiro **Francisco das Chagas**  
2319 **Dias Monteiro** a apresentação de relatório, por escrito, sobre sua participação no Congresso da Rede  
2320 Brasileira de Cooperação em Emergência, visto que a COFIN/CNS apresentaria informe sobre o SAMU,  
2321 na 160ª Reunião Ordinária do CNS. **5)** Alteração na data do Seminário de Residência Multiprofissional.  
2322 *Encaminhamento*: A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS solicitou adiamento da  
2323 data do Seminário por coincidir com atividade do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação.  
2324 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** informou que a nova data para realização era 1º e 2 de  
2325 dezembro de 2005 e que a programação fora concluída. Além disso, disse que já sido negociado com a  
2326 SGTES o financiamento das passagens e hospedagem dos participantes, assim, o CNS seria  
2327 responsável pela infra-estrutura. Por fim, destacou que foram disponibilizadas vinte vagas para os  
2328 conselheiros do CNS e para os membros da CIRH. **6)** Relatório do Grupo de Trabalho do Idoso.  
2329 *Encaminhamento*: será pautado na reunião de dezembro de 2005. **7)** Solicitação do Grupo de Trabalho  
2330 de Saúde do Idoso de mudança do GT em Comissão Permanente. *Encaminhamento*: fará parte da  
2331 discussão de Comissões e Grupos de Trabalho, na 160ª Reunião Ordinária. **8)** O Conselho Consultivo  
2332 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) solicita pauta na Comissão Intersetorial de  
2333 Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia (CIVS). *Encaminhamento*: remetido a CIVS. **9)** Fundo  
2334 Nacional de Financiamento da Saúde (FUNPROSUS). *Encaminhamento*: enviar parecer e agendar  
2335 reunião com Presidente da respectiva comissão. *Indicação*: A ser definido pela COFIN/CNS. **10)** Grupo  
2336 de Trabalho para fiscalizar, formular e apresentar relatório para deliberação do CNS sobre capacidade  
2337 de produção dos laboratórios públicos. *Encaminhamento*: Os indicados na reunião do Pleno foram os  
2338 Conselheiros **Volmir Raimondi** e **Carlos Alberto Duarte**. A CCG sugeriu ainda o Conselheiro **Mário**  
2339 **Scheffer** (visto que o Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** não poderá participar), **Francisco Batista**  
2340 **Júnior**, **Antônio Alves de Souza** e **Ciro Mortella**. **11)** O Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou  
2341 sua substituição na Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde, na CCG e no Grupo de  
2342 Trabalho de Capacitação de Conselheiros. *Encaminhamento*: apresentar ao CNS para indicação dos  
2343 representantes dos usuários. **12)** Relatório de Atividades dos Conselheiros – outubro. *Encaminhamento*:  
2344 distribuir aos conselheiros. Na seqüência, apresentou os seguintes informes e indicações: **1)** A Diretoria  
2345 da Fiocruz em Brasília (DIREB) convidou o CNS para participar da abertura da I Mostra Científica da  
2346 Fundação Oswaldo Cruz, no dia 3 de outubro de 2005, às 18 horas, em Brasília/DF. **2)** A Secretaria de  
2347 Gestão do Trabalho e Educação na Saúde convidou o CNS para abertura da Oficina de Trabalhadores  
2348 da Educação Superior da Área de Saúde e solenidade de assinatura das Portarias Interministeriais  
2349 relativas à implementação das reformas do ensino superior, no dia 3 de novembro de 2005, às 8h30, em  
2350 Brasília/DF. **3)** 1ª Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde de Fortaleza, no dia 11 de  
2351 novembro de 2005, às 19 horas. Durante a abertura será realizado o ato de posse do CMS/Fortaleza e  
2352 Instalação da Mesa de Negociação do SUS em Fortaleza. *Encaminhamento*: indicação do Conselheiro  
2353 **Francisco das Chagas Dias Monteiro**. **4)** I Fórum Internacional de Políticas Públicas em Saúde, em  
2354 São Leopoldo do Sul/RS, de 1º a 3 de dezembro de 2005. *Encaminhamento*: indicação do Conselheiro  
2355 **Volmir Raimondi**. **5)** A Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade racial agradeceu as  
2356 contribuições para a preparação da I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial. **6)** A

2357 Coordenação Nacional do Subgrupo de Trabalho nº 11 "Saúde"/MERCOSUL encaminha a ata da XXV  
2358 Reunião Ordinária do Subgrupo, realizada no Uruguai, de 3 a 7 de outubro de 2005. Encaminhamento:  
2359 Informar o Plenário e deixar o material à disposição. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** propôs que o  
2360 tema do subgrupo – Mercosul fosse pautado para debate no CNS e sugeriu o nome da Sra. **Ana**  
2361 **Tapajós** para início dos contatos e interlocuções. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** ratificou a  
2362 proposta e solicitou que também fosse ampliada a interlocução com a Mesa de Negociação do SUS.  
2363 Conselheira **Silvia Marques Dantas** sugeriu que fosse feita pesquisa para verificar a participação da  
2364 sociedade civil nessa discussão. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que fosse retomado  
2365 contato com a OPAS, a fim de verificar a participação em encontros e discussões sobre regulamentação  
2366 de profissões relativas ao MERCOSUL. Conselheiro **José Eri Medeiros** reiterou a necessidade de a  
2367 experiência do Brasil em Controle Social ser apresentada a outros países e de o CNS participar das  
2368 discussões das Américas. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que  
2369 fosse feito diagnóstico e mapeamento das entidades que já possuem experiências internacionais para  
2370 iniciar as interlocuções. **7)** O Programa de Anemia Falciforme da Coordenação da Política Nacional de  
2371 Sangue e Hemoderivados realizaria aulas temáticas sobre a doença Anemia Falciforme em  
2372 comemoração ao Dia da Consciência Negra – dia 20 de novembro de 2005, no Auditório Emílio Ribas.  
2373 Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** sugeriu que fossem solicitadas informações sobre anemia dos  
2374 povos mediterrâneos, a fim de saber se existia política do Ministério da Saúde destinada a esses grupos.  
2375 **8)** Inclusão na pauta do CNS do tema Pandemia de Influenza. O tema foi pautado na 160ª Reunião  
2376 Ordinária do CNS. Concluída a apresentação do relatório, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**  
2377 **Aparecida da Cruz**, informou que o Jornal "Correio Braziliense" publicou reportagem sobre o debate do  
2378 CNS acerca da utilização do uso da talidomida onde ela era citada como conselheira e trazia fala que  
2379 não era sua. Por essa razão, disse que solicitaria retratação. Definido esse ponto, encerrou os trabalhos  
2380 da manhã do terceiro dia de reunião, estando presentes os seguintes Conselheiros: *Titulares - Antônio*  
2381 **Alves de Souza, Carlos Alberto E. Duarte, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Francisco**  
2382 **das Chagas Dias Monteiro, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, João José Cândido**  
2383 **da Silva, Luiz Augusto A. Martins, Maria Leda de R. Dantas, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo**  
2384 **Rogério A. de Oliveira, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Zilda Arns Neumann**  
2385 **e Willian Saad Hossne. Suplentes: Clóvis A. Boufleur, Gerônimo Paludo, José Eri Medeiros, Júlia**  
2386 **Maria S. Roland, Luiz Gonzaga de Araújo, Marcelo de Ávila Rosa, Maria Irene Monteiro Magalhães,**  
2387 **Maria Thereza Almeida Antunes, Maria Thereza M. C. Rezende e Ruth Ribeiro Bittencourt.** A  
2388 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, retomou os trabalhos com as pendências da  
2389 reunião que precisavam de definição. Iniciou solicitando a apresentação dos quatro nomes dos usuários  
2390 para participar do FSMS, do FSM, bem como da oficina, com o tema "Experiência do Controle Social na  
2391 Saúde Pública do Brasil". **A propósito, foram indicados os seguintes nomes do segmento dos**  
2392 **usuários para o FSM e FSMS: Marisa Fúria; Fernando Luiz Eliotério; Silvia Marques Dantas; e**  
2393 **Jesus Francisco Garcia ou Júlia Maria Roland.** Além disso, apresentou a solicitação da Coordenação  
2394 da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde de que o Ministério da Saúde custeasse a participação de  
2395 um representante por Região, totalizando uma delegação de 5 pessoas, no FSM e FSMS. Não havendo  
2396 consenso sobre a questão, colocou em votação as seguintes propostas: **1) a representação da Plenária**  
2397 **Nacional de Conselhos integraria a delegação do CNS financiada pelo Ministério da Saúde; e 2) a**  
2398 **representação da Plenária Nacional de Conselhos não integraria a delegação do CNS financiada**  
2399 **pelo Ministério da Saúde. A proposta número 1 recebeu três votos. A proposta número 2,**  
2400 **dezessete votos. Uma abstenção. Diante desse resultado, a representação da Plenária não**  
2401 **integrará a delegação do CNS financiada pelo MS.** Na sequência, a Secretaria-Executiva do CNS,  
2402 **Eliane Aparecida da Cruz**, perguntou qual era a indicação do segmento dos usuários para substituir o  
2403 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** na Comissão de Coordenação Geral do CNS (CCG). Conselheiro  
2404 **Eni Carajá Filho** apresentou, em nome do segmento dos usuários, a indicação da Conselheira **Nildes**  
2405 **de Oliveira Andrade.** Além disso, solicitou que a CCG, conforme o Regimento Interno do CNS, ao  
2406 elaborar a pauta das reuniões do Conselho, especificasse os itens que seriam submetidos à deliberação  
2407 e enviasse os documentos com antecedência aos conselheiros para serem apreciados. Além disso,  
2408 sugeriu que fosse discutida, posteriormente, a proposta de rodízio dos integrantes da CCG. Conselheiro  
2409 **Carlos Alberto Duarte** apresentou ainda a proposta de as reuniões da CCG serem realizadas uma  
2410 semana após a reunião do CNS, a fim de que houvesse tempo hábil para que a Secretaria-Executiva  
2411 encaminhasse as deliberações das reuniões. Segundo, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**  
2412 **Aparecida da Cruz**, consultou o Plenário sobre a proposta da Comissão Intersetorial de Saúde da  
2413 Pessoa Portadora de Deficiência, apresentada pelo Conselheiro **Volmir Raimondi** no dia anterior, de  
2414 instituir o Programa Nacional de Fornecimento Emergencial de Órteses e Próteses, com base na  
2415 resolução do CNS nº 355, de 17 de setembro de 2005 e o Programa Nacional de Atendimento à Criança,  
2416 ao Adolescente, à Mulher, ao Trabalhador e ao Idoso com Deficiência Física, bem como de inclusão de  
2417 itens na Tabela SIA SUS e no texto da Portaria, contemplando a área de deficiência visual. Conselheiro  
2418 **Eni Carajá Filho** disse que o documento teria que contemplar a questão do controle social da questão

2419 das órteses e próteses. Além disso, destacou que tinha várias contribuições ao texto. **A propósito, o**  
2420 **Plenário decidiu enviar a proposta às diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde para análise**  
2421 **e manifestação e pautar o tema para deliberação na 161<sup>a</sup> RO do Conselho.** Definidos esses pontos,  
2422 foi iniciada a discussão do último item da pauta. **ITEM 11 – FINALIDADE E FUNCIONAMENTO DAS**  
2423 **COMISSÕES INTERSETORIAIS, PERMANENTES E GRUPOS DE TRABALHO DO CNS – A**  
2424 Conselheira **Silvia Marques Dantas** assumiu a coordenação dos trabalhos, convidando as  
2425 representantes da Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz** e **Lúcia Maria Figueiredo**  
2426 para apresentação sobre as Comissões e Grupos de Trabalho do CNS, na perspectiva de subsidiar o  
2427 debate sobre a finalidade e o funcionamento das Comissões e GTs do CNS. A Coordenadora da Área  
2428 Técnica do CNS, **Lúcia Maria Figueiredo**, iniciou a explanação, falando sobre a Assessoria Técnica do  
2429 CNS que era composta por onze técnicos responsáveis por assessorar as Comissões do CNS, bem  
2430 como acompanhar os debates da Plenária Nacional de Conselhos e da Mesa de Negociação  
2431 Permanente do SUS. Explicou que o CNS possuía dezoito Comissões em atividade, além de quatro GTs  
2432 dos quais três solicitaram a transformação em Comissões Permanentes do CNS (GT de Política do  
2433 Idoso, GT de Capacitação de Conselheiros e GT de DST/AIDS). Segundo, tratou sobre a finalidade das  
2434 Comissões Intersetoriais Permanentes e GTs do CNS. Explicou que as Comissões Intersetoriais  
2435 Permanentes, previstas na Lei nº 8.080/90, instituídas pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde e  
2436 regulamentadas pelo seu Regimento Interno, tinham por finalidade cumprir o disposto na Lei Orgânica da  
2437 Saúde, nº 8.080/90, articulando políticas e programas de interesse da saúde e de áreas que não  
2438 estivessem bem definidas pelo Sistema Único de Saúde. Acrescentou que o CNS aprovou nas 79<sup>a</sup> e 80<sup>a</sup>  
2439 Reuniões Ordinárias, realizadas respectivamente em agosto e setembro de 1998, que as comissões  
2440 deveriam ser compostas por, no máximo, nove representantes indicados pelo Pleno, com atribuições de  
2441 natureza consultiva e de assessoramento. Ressaltou que o Pleno do CNS poderia, no interesse da  
2442 saúde, criar comissões permanentes, que não tivessem caráter intersetorial, com até sete membros  
2443 efetivos e respectivos suplentes, desde que aprovados por 2/3 dos seus membros. Em relação aos  
2444 grupos de trabalho, explicou que seriam instituídos pelo Plenário do CNS, tendo por finalidade fornecer  
2445 subsídios de ordem técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica, com prazo determinado de  
2446 funcionamento, devendo ser compostos por, no máximo, cinco representantes, sendo todos  
2447 conselheiros. Segundo, falou sobre a coordenação das comissões e dos grupos de trabalho, segundo o  
2448 Regimento Interno do CNS, em vigor. Disse que a constituição e o funcionamento de cada comissão  
2449 seriam estabelecidos em resolução específica e deveriam estar embasados na explicitação de suas  
2450 finalidades, objetivos, produtos, prazos e demais aspectos que identificassem claramente a sua  
2451 natureza. Destacou que as comissões e grupos de trabalho deveriam ser coordenados por um  
2452 conselheiro, designado pelo Plenário do CNS, que coordenaria os trabalhos, com direito a voz e voto. No  
2453 caso das comissões intersetoriais, detalhou que seriam coordenadas sempre por um conselheiro  
2454 indicado pelo Plenário e um coordenador-adjunto escolhido pela própria comissão, entre os pares.  
2455 Acrescentou que, no caso de comissões não coordenadas por conselheiro, essas deveriam ter suas  
2456 atividades acompanhadas por um conselheiro indicado especialmente para integrá-las. Além disso,  
2457 explicitou que os conselheiros poderiam participar simultaneamente de até duas comissões intersetoriais  
2458 e permanentes e o representante da comissão ou grupo de trabalho deveria ser substituído, no caso de  
2459 faltar até a duas reuniões consecutivas ou quatro intercaladas no período de ano, caso não  
2460 apresentasse justificativa até 48 horas após a reunião. Segundo, destacou a finalidade das Comissões e  
2461 Grupos de Trabalho do CNS, segundo o Regimento Interno do CNS, em vigor. Reiterou que as  
2462 Comissões Intersetoriais Permanentes tinham por finalidade cumprir o disposto na Lei Orgânica da  
2463 Saúde, nº 8.080/90, articulando políticas e programas de interesse da área de saúde que não  
2464 estivessem compreendidas pelo SUS. Acrescentou que a finalidade das comissões era assessorar o  
2465 Plenário do CNS, logo, não eram deliberativas, nem normatizadoras e nem programadoras e não  
2466 representavam o CNS externamente. Além disso, reafirmou que o CNS poderia, no interesse da saúde,  
2467 criar comissões permanentes, que não tivessem caráter intersetorial, com até sete representantes  
2468 efetivos, desde que aprovados por 2/3 dos seus representantes. No caso dos grupos de trabalho,  
2469 instituídos pelo plenário do CNS, disse que tinha por finalidade de fornecer subsídios de ordem técnica,  
2470 administrativa, econômico-financeira e jurídica com prazo determinado de funcionamento, composto por  
2471 até cinco conselheiros. Segundo, falou sobre a composição das comissões, destacando que não devia  
2472 ser avaliada segundo as entidades ali representadas, nem pelos presidentes ou dirigentes de entidades  
2473 que as integrassem, salvo exceções. Destacou que as indicações de entidades para compor as  
2474 comissões eram definidas entre os conselheiros e deliberadas pelo Plenário do Conselho Nacional de  
2475 Saúde. Continuando, comentou sobre a legislação, destacando os marcos legais que fundamentam a  
2476 criação das Comissões e Grupos de Trabalho do CNS, quais sejam: Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90;  
2477 Regimento Interno/CNS (Resolução nº 291/99); e Resolução nº 333/2003. Destacou que o CNS possuía  
2478 sete Comissões Permanentes, seis previstas na Lei nº 8.080/90 e uma na Lei nº 8.142/90: **1)**  
2479 **Alimentação e Nutrição;** **2)** Saneamento e Meio Ambiente; **3)** Vigilância Sanitária e  
2480 Farmacoepidemiologia; **4)** Recursos Humanos; **5)** Ciência e Tecnologia; **6)** Saúde do Trabalhador; e **7)**

2481 Orçamento e Financiamento (em cumprimento ao disposto na Lei nº 8.142/90). Segundo, explicou que o  
2482 Regimento Interno do CNS, em vigor, aprovado, homologado e publicado através da Resolução CNS nº  
2483 291, de 6 de maio de 1999, tratava no capítulo III da organização do colegiado, definindo em seu artigo  
2484 4º o Conselho Nacional de Saúde com a seguinte estrutura: I - Plenário; II - Comissões e Grupos de  
2485 Trabalho; e III – Secretaria-Executiva. Continuando, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida**  
2486 **da Cruz**, lembrou que a Comissão de Coordenação-Geral, dentre outras funções, teria que coordenar o  
2487 funcionamento das comissões, aglutinando os temas para discussão e deliberação e preparando  
2488 avaliações prévias e pareceres sobre os temas, quando julgasse pertinente. Contudo, disse que a CCG  
2489 enfrentava dificuldade em cumprir essa tarefa, pois as comissões colocavam dificuldades em responder  
2490 às demandas colocadas. Nesse sentido, afirmou que seria necessário definir o responsável pela  
2491 coordenação do funcionamento das comissões, com visão global da pauta. Explicou que os Planos de  
2492 Trabalho das Comissões, muitas vezes, eram elaborados somente a partir dos temas apontados pelos  
2493 integrantes da Comissão, desconsiderando a demanda de planejamento do CNS. Com isso, criava-se  
2494 uma “lacuna” entre as Comissões e o Plenário do CNS. Além disso, destacou que, apesar da ampla  
2495 discussão no Seminário sobre as Comissões do CNS, realizado em março de 2004, o Plenário não  
2496 deliberou sobre o funcionamento, periodicidade, composição, entre outros aspectos das suas comissões  
2497 e não concluiu a discussão sobre o Regimento Interno do CNS, que definiria nova regulamentação para  
2498 o funcionamento das Comissões e GTs. Em sendo assim, lembrou que a CCG indicou a necessidade de  
2499 debater essa questão visando articular a periodicidade de reuniões e a pauta, de forma a assegurar a  
2500 discussão, no Plenário do CNS, dos temas tratados nas Comissões, para que essas pudessem cumprir o  
2501 papel de assessorar o Plenário, com levantamento de temas relevantes para discussão. Na seqüência,  
2502 fez um resgate dos principais momentos de discussão no CNS com o objetivo de avaliar as propostas de  
2503 reestruturação das comissões, sendo: outubro de 1996 - o Pleno do CNS designou uma comissão  
2504 constituída por conselheiros e a coordenação da SE/CNS para análise e apresentação de propostas; em  
2505 agosto e setembro de 1998, nas Reuniões Ordinárias do CNS, 79ª e 80ª, foi aprovado o Regimento  
2506 Interno do CNS cujo artigo 21 referia-se às comissões; em novembro de 2001, foi realizada nova reunião  
2507 com os coordenadores das Comissões/CNS e a Secretaria-Executiva; em julho de 2003, o CNS criou um  
2508 GT constituído pelos conselheiros **Gilson Cantarino, Gyselle Tannous, Júlia Maria Roland, Carlos**  
2509 **Alberto Duarte**, com o objetivo de avaliar os trabalhos das comissões; e em 30 e 31 de março de 2004,  
2510 o CNS realizou um seminário: análise das ações e responsabilidades das comissões e grupos de  
2511 trabalho do CNS, que resultou em várias propostas, inclusive de mudanças do formato das Comissões.  
2512 Na seqüência, a Coordenadora da Área Técnica do CNS, **Lúcia Maria Figueiredo**, apresentou temas  
2513 relevantes para a discussão no CNS: finalidades das Comissões e GTs em relação ao Pleno do CNS;  
2514 Regimento Interno do CNS com artigos definindo as atribuições das Comissões e GTs; composição e  
2515 análise das instituições das Comissões, pelo Pleno do CNS; Comissões Permanentes; Grupos de  
2516 Trabalho; publicação de Portaria, no Diário Oficial da União, dos representantes das Comissões do CNS;  
2517 Comissões em funcionamento no CNS e seus produtos; evolução do trabalho das Comissões;  
2518 recomendações das Comissões: aprovadas pelo Pleno do CNS e que deram origem a resoluções;  
2519 desdobramento das ações propostas nas recomendações do CNS enviadas aos diversos setores do  
2520 Ministério da Saúde; número de resoluções aprovadas pelo Pleno oriundas de discussões nas  
2521 Comissões; análise das comissões instituídas pelo pleno do CNS e das comissões ou câmaras técnicas  
2522 nos Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde; atribuições das Comissões e GTs  
2523 do CNS; número de representantes das Comissões e Grupos de Trabalho; custo/benefício das reuniões  
2524 das Comissões e GTs; responsável por demandar as pautas para as Comissões; e conteúdo das  
2525 Comissões a ser disponibilizado na internet. Finalizada a apresentação, foi aberta a palavra para  
2526 considerações do Plenário sobre o tema. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** apresentou sugestões  
2527 concernentes à finalidade e funcionamento das Comissões e GTs do CNS e sugeriu que as  
2528 contribuições dos conselheiros servissem de subsídio para a revisão do Regimento Interno do CNS. De  
2529 início, solicitou que, ao formar as Comissões, fossem definidos os membros titulares e suplentes. Sobre  
2530 a finalidade das comissões, explicou que deveriam ter caráter propositivo, apresentando demandas ao  
2531 CNS e vice-versa. Assim, as Comissões deveriam apresentar planos de trabalho, no início de cada ano,  
2532 que poderiam ser acrescidos de novos temas, por indicação do Pleno do CNS. Além disso, propôs que  
2533 as Comissões elaborassem relatório anual de prestação de contas das suas atividades, a ser submetido  
2534 à apreciação do Plenário no final de cada ano. Sugeriu também a definição da periodicidade das  
2535 reuniões das Comissões e a importância dessas acompanharem a implementação da Política da sua  
2536 área de atuação. Por fim, propôs que o Plenário recuperasse a proposta de regulamentação do  
2537 funcionamento das Comissões, definida no Seminário realizado em 2004, a fim de servir de subsídio  
2538 para a discussão. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** destacou que, em primeiro lugar, era preciso  
2539 aprofundar o debate sobre a atribuição das Comissões e GTs de subsidiar o Plenário do CNS para, a  
2540 partir daí definir regras para o funcionamento dos mesmos. Também enfatizou a necessidade de as  
2541 comissões acompanharem a execução orçamentária da sua área correspondente. Conselheiro **Eni**  
2542 **Carajá Filho** destacou que o Regimento Interno não deveria apresentar modelo rígido de composição

2543 das Comissões Intersetoriais, visto que essas possuíam peculiaridades, que deveriam ser consideradas.  
2544 Também falou sobre as dificuldades enfrentadas pelas Comissões quando tinham Ministérios distintos  
2545 na titularidade e suplência, pois isso acabava impedindo a participação de um deles. Além disso, disse  
2546 ser necessário definir a situação da Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase cujo prazo de  
2547 vigência, conforme a Resolução nº 320, expirava no dia 31 de dezembro de 2005. Ainda sobre essa  
2548 Comissão, destacou a necessidade de discutir as suas atribuições, inclusive com reformulação da sua  
2549 composição. Informou, ainda, que o Fórum dos Portadores de Patologias e Deficiências estava  
2550 redefinindo os representantes dos usuários na CIRH/CNS. Por fim, salientou a necessidade de discutir a  
2551 situação das Comissões para as quais os integrantes não haviam indicado representação, a exemplo da  
2552 Comissão de Eliminação da Hanseníase. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** destacou a  
2553 necessidade de o CNS indicar os temas a serem discutidos pelas suas Comissões e, a propósito,  
2554 sugeriu que o Pleno solicitasse à Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia/CNS a  
2555 discussão do contrato de gestão da ANVISA. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** destacou que as  
2556 Comissões eram fundamentais para que o CNS cumprisse o seu papel de controle da execução da  
2557 Política de Saúde, inclusive dos aspectos econômicos e financeiros. Nessa ótica, salientou que as  
2558 pautas das Comissões deveriam ser definidas a partir dos temas que o Plenário do CNS indicasse como  
2559 prioritários. Além disso, ressaltou a necessidade de o CNS, por meio da COFIN, acompanhar  
2560 mensalmente as ações e a execução orçamentária do Ministério da Saúde. Conselheira **Silvia Marques**  
2561 **Dantas** falou sobre o trabalho da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU/CNS), destacando  
2562 a discussão do Pacto de Mortalidade Materna e Neonatal e outras Políticas de Saúde da Mulher.  
2563 Explicou que, no mês de junho de 2005, solicitou que o relatório da COFIN/CNS apresentasse  
2564 separadamente a execução orçamentária do Programa de Saúde da Mulher, a fim de facilitar os  
2565 trabalhos da CISMU/CNS de monitoramento da Política de Saúde da Mulher. Além disso, disse que a  
2566 Comissão reuniu-se no final do mês outubro de 2005 e discutiu a construção de indicadores para  
2567 monitorar a execução dessa Política. Também informou que, por solicitação do Plenário do CNS, a  
2568 Comissão avaliou a Política do Adolescente e do Jovem. Destacou que a Comissão, entendendo que as  
2569 dificuldades de execução da Política de Saúde da Mulher estavam relacionadas com o modelo de  
2570 atenção vigente, propôs ao CNS a realização do seminário “Modelo de Atenção, Gênero e Saúde da  
2571 Mulher”, o qual foi aprovado pelo Plenário. Assim, a pauta fora definida e seria apresentada na próxima  
2572 reunião do CNS. Finalizando, ressaltou que a CISMU/CNS vinha cumprindo o seu papel no que se refere  
2573 ao acompanhamento da execução da Política de Saúde da Mulher, inclusive com interface com o CNS.  
2574 A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que era preciso definir metodologia  
2575 para trazer os resultados das discussões das Comissões do CNS para o Plenário do CNS, visto que,  
2576 muitas vezes, a Comissão discutia determinada matéria e apresentava parecer para subsidiar a decisão  
2577 do Pleno e, ainda assim, o debate do tema era feito novamente em Plenário. Salientou também a  
2578 importância de interlocução do CNS com a Plenária Nacional de Conselhos, inclusive com a participação  
2579 na XIII Plenária Nacional de Conselhos que ocorreria no mês de dezembro de 2005. Ressaltou a  
2580 necessidade de realizar o processo eleitoral do CNS e, em seguida, revisar o Regimento Interno do  
2581 CNS, com reestruturação das Comissões do CNS. Avaliou que era preciso aprofundar o debate, em  
2582 especial, sobre a articulação da COFIN e da CONEP com o Plenário do CNS, a participação de  
2583 convidados nas Comissões e a atribuição da CCG em coordenar as Comissões. Conselheira **Nildes de**  
2584 **Oliveira Andrade** salientou a necessidade de espaço na página do CNS para que as Comissões  
2585 apresentassem informes permanentes sobre os seus trabalhos. Também falou da sua atuação no  
2586 CONSEA como observadora, representando o CNS e experiências que poderiam ser consideradas. Por  
2587 fim, disse que era preciso rever a composição das Comissões, os eixos de debate e a participação dos  
2588 conselheiros. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** disse que era preciso avaliar os gastos com as  
2589 Comissões e GTs do CNS, definindo inclusive planejamento econômico das atividades do Conselho.  
2590 Reiterou que as Comissões possuíam caráter complementar ao CNS, uma vez que possuíam por  
2591 atribuição debater temas de relevância para a saúde e apresentar subsídios para a deliberação do  
2592 Plenário, logo, não eram deliberativas e não poderiam representar o Plenário fora do Conselho. Sugeriu  
2593 que o mandato das Comissões se encerrasse concomitantemente ao encerramento do Conselho e,  
2594 nesse sentido, salientou a necessidade de definir regras que norteassem o processo de renovação das  
2595 Comissões (papel, composição, periodicidade, entre outros aspectos). Conselheiro **José Eri Medeiros**  
2596 destacou que as Comissões deveriam priorizar a discussão de temas importantes como Plano  
2597 Plurianual, Plano Nacional de Saúde, Lei de Diretrizes Orçamentárias e orçamento da saúde nas três  
2598 esferas de gestão, a fim de garantir que o CNS interferisse, de fato, na Política de Saúde do País.  
2599 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** falou sobre o problema da falta de conselheiros nas Comissões, o  
2600 que, na visão, dificultava a interação entre a Comissão e o Plenário. Conselheiro **Fernando Luiz**  
2601 **Eliotério**, de início, destacou que esse tema teria que ser re-pautado posteriormente, a fim de  
2602 aprofundar a sua discussão. Falou sobre a sua participação na COFIN/CNS e das dificuldades de se  
2603 discutir a questão orçamentária. Além disso, salientou a necessidade de seguir as metodologias  
2604 aprovadas em relação às comissões (elaboração de relatórios e de pareceres a serem apreciados pelo

2605 CNS). Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo**, reiterou a importância das Comissões para o bom  
2606 andamento dos trabalhos do CNS e destacou, em especial, a COFIN/CNS, avaliando que era essencial  
2607 para subsidiar o CNS na discussão do orçamento da saúde, a Comissão de Comunicação, para garantir  
2608 interlocução com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e a CCG, para pautar os trabalhos do  
2609 CNS e das suas Comissões a partir das deliberações das Conferências de Saúde. A Secretaria-  
2610 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, falou sobre as dificuldades enfrentadas pela  
2611 COFIN/CNS, visto que muitas das demandas dos conselheiros para Comissão somente poderiam ser  
2612 respondidas por representantes do Ministério da Saúde e os representantes das áreas técnicos, ao  
2613 serem convocados, nem sempre compareciam à reunião para prestar os esclarecimentos necessários, a  
2614 fim de que o Plenário tomasse suas decisões. Além disso, disse que era preciso conhecer as  
2615 experiências de funcionamento das comissões dos Conselhos Estaduais, a fim de servir de subsídio  
2616 para discussão do tema. Também comentou sobre a dificuldade da equipe técnica da SE/CNS em  
2617 assessorar as Comissões, pois a equipe continuava com oito integrantes, apesar do número de  
2618 comissões do CNS ter dobrado. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** propôs que o Plenário promovesse  
2619 debate sobre o número de conferências temáticas da saúde, analisando aspectos como custo,  
2620 articulação com as ações do CNS, infra-estrutura, entre outros. Encaminhando a discussão, Conselheira  
2621 **Silvia Marques Dantas** sugeriu que a CCG consolidasse as sugestões dos conselheiros, por entender  
2622 que poderiam contribuir para definição de regras para o funcionamento das Comissões e GTs do CNS.  
2623 Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que o prazo de vigência da Comissão Intersetorial de Eliminação  
2624 da Hanseníase fosse prorrogado por mais um ano, a contar do dia 31 de dezembro de 2005. A  
2625 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que no prazo entre essa e a próxima  
2626 reunião a Comissão aprofundasse o debate sobre como encaminhar a questão da CIEH/CNS.  
2627 Conselheiro **Eni Carajá Filho** disse que apresentaria proposta ao Conselho em relação ao  
2628 funcionamento da Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase. Conselheira **Maria Irene**  
2629 **Magalhães** destacou a necessidade de melhor acompanhamento dos trabalhos do GT de Política de  
2630 Saúde do Idoso. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** propôs que a CCG, na próxima reunião do CNS,  
2631 apresentasse proposta sobre o número de integrantes das Comissões e a periodicidade das reuniões.  
2632 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** disse que era preciso definir comissão para acompanhar a  
2633 implementação dos resultados do trabalho dos GTs. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** solicitou  
2634 que a Secretaria-Executiva do CNS enviasse síntese das sugestões do Plenário com antecedência aos  
2635 conselheiros para que os mesmos pudessem avaliar e apresentar novas contribuições. **Sobre essa**  
2636 **questão, foi acordado que a CCG definiria proposta de funcionamento das comissões e GTs do**  
2637 **CNS, a partir das contribuições dos conselheiros, a ser submetida à apreciação do Plenário na**  
2638 **próxima reunião do CNS.** Antes de encerrar a reunião, o Conselheiro Luiz Gonzaga de Araújo prestou  
2639 homenagem ao Conselheiro Carlos Alberto Duarte, que estava deixando o CNS. **ENCERRAMENTO –**  
2640 Nada mais havendo a tratar, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os  
2641 trabalhos da 160ª Reunião Ordinária do CNS, estando presentes os seguintes Conselheiros: **Titulares -**  
2642 **Antônio Alves de Souza, Carlos Alberto E. Duarte, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior,**  
2643 **Francisco das Chagas Dias Monteiro, João José Cândido da Silva, Luiz Augusto A. Martins, Maria**  
2644 **Leda de R. Dantas, Nildes de Oliveira Andrade, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves**  
2645 **Belchior e Willian Saad Hossne. Suplentes - Clóvis A. Boufleur, Fernando Luiz Eliotério, José Eri**  
2646 **Medeiros, Luiz Gonzaga de Araújo, Maria Irene Monteiro Magalhães, Maria Thereza Almeida**  
2647 **Antunes, Maria Thereza M. C. Rezende, Odair Furtado e Ruth Ribeiro Bittencourt.**